Rok XXIX. Kraków, 1 Listopada 1890. Nr. 44.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam, 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi**	**8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.**	**6 rsr.**	**w Niemczech**	**14 mk**	**we Francyi**	**24 fr.**
Półrocznie:	„	4 „ 40 „	„	3 „	„	7 „	„	12 „
Kwartalnie:	„	2 „ 20 „	„	$1^1/_2$ „	„	$3^1/_2$ „	„	6 „

I. O wycinaniu macicy.

Wykład miany na II-gim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie

przez

Prof. L. Rydygiera.

Sz. Panowie! Uderzyć musi każdego z nas nie mało, że istnieje jeszcze różnica zdań w leczeniu operacyjném cierpienia tak częstego, jakiem jest rak macicy, który jak wiadomo jeszcze częściéj nawiedza kobiety, niż rak sutka, a zabiera jednę trzecią wszystkich kobiet, umierających na raka. Należy się więc zastanowić nad środkiem, za pomocą którego możnaby uratować pewną część nieszczęśliwych tych ofiar, — daléj jeżeli środków tych jest więcéj, który z nich można uważać za najlepszy? Pytanie to zajmowało w ostatnich latach dość często zebrania najpoważniejszych towarzystw rozmaitych narodów. Cieszyłbym się, gdyby i nasze zjazdy przyczyniły się do rozwiązania téj ważnéj, a nierozstrzygniętéj dotychczas kwestyi i dlatego zabrałem w tem zgromadzeniu dzisiaj głos, żeby wywołać dyskusyję nad tym tak ważnym przedmiotem.

Nie miejsce tu potemu, aby rozwodzić się nad anatomiją patologiczną i rozpoznaniem raka macicy. Wystarczy zaznaczyć, że za Schroederem i Rugem wszyscy odróżniają rakowca części pochwowéj, raka szyjki i raka trzonu macicy. Dodam tylko, że rozpoznanie w samych początkach bywa nieraz trudne, że w takich przypadkach należy wyciąć kawałek klinowaty z części chorych, zbadać pod mikroskopem, nie ograniczając się do kilku powierzchownie zeskrobanych strzępków, chociaż i takie postępowanie we wyjątkowych przypadkach nie chroni zawsze na pewno od pomyłek, a przynajmniéj wymaga specyjalnéj biegłości badania właśnie tych części. (Landau). Tyle atoli można twierdzić, że obserwacyja i badanie kliniczne razem z badaniem mikroskopowem dość wcześnie na pewno dozwala wykryć istotę cierpienia, żeby w czasie odpowiednim przedsięwziąć leczenie jedynie skutecznie, t. j. operacyjne. Niestety rzadko kiedy dostajemy chore w tym okresie. Korzystam więc ze sposobności, żeby zaznaczyć, że rak macicy w początkach jest radykalnie uleczny, a nawet przedstawia lepsze widoki pod tym względem, niż raki innych okolic, bo dość długo ogranicza się do miejsca powstania, późno stosunkowo zajmuje gruczoły i wyjątkowo tworzy przerzuty do dalszych narządów.

Twierdzenie to moje opieram na doświadczeniu najpoważniejszych mężów: Schroederowi żyło z 46 takich operowanych po czterech latach jeszcze 19, więc przeszło 41% bez recydywy i zupełnie wyleczonych; Martin ogłasza przypadki, gdzie po 6 ciu latach stwierdzano zupełne wyleczenie, a wyleczenie trwające dłużéj niż 2 lata, które zwykle uważa się za radykalne, oblicza na przeszło 70%; Olshausen podaje przypadek raka szyjki macicy, w którym po całkowitém wycięciu tego organu przez pochwę jeszcze po $9^1/_2$ latach niema recydywy. Nawet po wypaleniu żelazem nowotworu i po operacyi pętlą galwanokaustyczną mamy dość liczne przypadki zupełnego wyleczenia z dawniejszych czasów. I tak podaje Pawlik z kliniki K. Brauna, że dłużéj niż 2 lata po operacyi wyleczonych mieli 2%, a pomiędzy temi dwie jeszcze przed 12 laty były operowane, jedna zaś przed $19^1/_2$ roku. Jeżeli do tego dodamy małe niebezpieczeństwo bezpośrednie po tych operacyjach, gdyż śmiertelność jest nadzwyczaj niską, to tem dosadniéj uwidocznia się obowiązek, żeby lekarze jak najwcześniéj starali się rozpoznać należycie cierpienie i zalecali odpowiednią operacyję. Zaznaczyć wprawdzie musimy, że niezawsze lekarze są winni temu, że chore tak często zbyt późno zgłaszają się do operacyi i bywa, że chore same nie mając w początkach żadnych albo tylko nieznaczne dolegliwości, późno szukają porady lekarskiéj, a nieraz otrzymawszy należytą, jeszcze przed zabiegiem operacyjnym zwlekają.

Przystąpmy teraz do najważniejszego pytania: Jakaż operacyja najwięcéj zaleca się w raku macicy? Dla chirurga odpowiedź tu nietrudna: ta, która najradykalniéj usuwa cierpienie. Jeżeli w raku sutka nigdy nie kusimy się pozostawić części przyrządu, jeżeli w raku innych przyrządów n. p. nerki, jądra i t. d. gdzie tylko można, staramy się wyciąć cały organ wraz z nowotworem, to nie widzę przyczyny, dlaczegoby w raku macicy inaczéj postępować. Co do raka trzonu macicy jakoteż i szyjki zdania są jednakowe, gdyż wszyscy zalecają całkowite wycięcie macicy. Nawet Schroeder zgadza się w zasadzie na takie postępowanie, i tylko wyjątkowo uważa za wskazaną w przypadkach raka szyjki amputacyję dolnéj części macicy (tak zwaną przez niego *amputatio supravaginalis*). Sprzeczność zdań istnieje tylko co do postępowania w rakowcu części pochwowéj. Schroeder i jego szkoła przemawia w tych przypadkach stanowczo za amputacyją. Martin, Olshausen i obecnie pewnie już większa część ginekologów i chirurgów za wycięciem całéj macicy.[1]) Zwolennicy częściowych operacyj, do których prócz Schroedera amputacyi nadpochwowéj, zaliczamy amputacyję pętlą galwanokaustyczną, wyskrobywanie z następowem przyżeganiem rozpalonem żelazem, tylko że te operacyje jeszcze mniéj pewniejsze wyniki dają — powtarzam zwolennicy częściowych operacyj podają jako przyczyny, przemawiające na ich korzyść następujące okoliczności: 1-mo twierdzą, że rakowiec części pochwowéj nigdy albo bardzo późno na szyjkę i trzon macicy przechodzi, z czego wnoszą, że nie należy okaleczać kobiet, wycinając macicę, któraby mogła jeszcze posłużyć do dalszego rozmnażania rodu ludzkiego; 2-do wycinanie całkowite macicy ma być według nich niebezpieczniejsze niż amputacyja.

Nie lekceważę sobie wcale zadania macicy, ale przyznacie Panowie, że w przypadkach raka zadanie to macicy zwykle już bywa spełnione albo czas do spełnienia już minął. Rozchodzi się prawie zawsze o osoby już starsze, które zwykle dość często rodziły. — Zresztą nie jest to wcale korzystną rzeczą dla operowanych z rakiem macicy, żeby po operacyi zaszły w ciążę: przeciwnie, jak wiadomo, stan taki może tylko usposabiać do powrotów złego, a korzyści dla ludzkości zwykle z tego nie ma, bo stosunkowo często następuje poronienie. Jedynie więc przywiązuję wagę do pytania, czy rzeczywiście rakowiec części pochwowéj nigdy nie przechodzi na wyższe części macicy, a powtóre czy i o ile całkowite wycięcie macicy jest niebezpieczniejsze niż częściowa amputacyja? Rozumie się, że gdyby nigdy rakowiec części pochwowéj nie przechodził na wyższe części macicy, natenczas nikt nie miałby prawa zalecać wycięcia całkowitego, chociażby ta operacyja nie była wcale niebezpieczniejszą. Tak jednakowoż nie jest; przeciwnie doświadczenie nie dwuznacznie stwierdziło, że rakowiec może rozszerzyć się na szyjkę, że może tworzyć przerzuty do miąższu trzonu, pominąwszy już to, że w późniejszych okresach nieraz trudno rozstrzygnąć, czy rak wyszedł pierwotnie z szyjki czy z części pochwowéj. Pomijam też zdanie Abla, asystenta Landaua, który twierdzi, iż bardzo często znalazł przy rakowcu części pochwowéj złośliwe zmiany błony śluzowéj, a mianowicie prócz rakowatych zmian zwyrodnienia mięsakowate tkanki śródgruczołowéj. Powiadam, że pomijam to twierdzenie Abla, bo znalazły się głosy poważne, zaprzeczające słuszności jego badaniom, ale i tak nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że rakowiec części pochwowéj może się szerzyć i rzeczywiście nieraz, aczkolwiek nie tak często jak rak szyjki, rozszerza się na wyższe części macicy. Jeżeli to przyznamy, natenczas należy wyciąć w każdym przypadku całą macicę, tem więcéj, że operacyja ta w ostatnich czasach wcale nie jest niebezpieczniejszą, niż *amputatio supravaginalis* Schroedera, a nawet w ogóle przedstawia nadzwyczaj małe niebezpieczeństwo. Cieszę się, że pomiędzy innemi oprzeć się mogę na doświadczeniu właśnie polskich operatorów, którzy może jak nigdzie indziéj otrzymali świetne wyniki. Matlakowski na 23 przypadków ogłoszonych nie ma ani jednego przypadku śmierci. Ja sam wycinałem 20 razy macicę przez pochwę. Z tych 4 przypadki operowałem sposobem Freunda i swoim a 16 razy przez pochwę. O pierwszych tu nie mówię, bo jak wiadomo, dziś chyba wyjątkowo i dla szczegółowych przyczyn operujemy *per laparatomiam*. Operacyja to nadzwyczaj niebezpieczna. (Dok. nast.)

[1]) Cieszę się, że na ostatnim zjeździe międzynarodowym wszyscy przemawiali za całkowitém wycięciem; pomiędzy nimi pierwszy referent Williams (z Londynu), daléj Schauta (z Pragi), Pozzi (z Paryża) Olshausen i inni.

II. Dalsze przyczynki do chirurgii jelit.

O pięciu resekcyjach jelit [1]).

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

W roku 1886 ogłosiłem [2]) przypadek pierwotnéj resekcyi jelit wobec przepukliny zgorzelinowéj; od tego czasu miałem sposobność wykonać 4 nowe resekcyje jelit, a mianowicie: dwie z przyczyny sztucznego odbytu, a względnie przetoki kałowéj, jednę wobec częściowéj zgorzeli jelit, jednę celem wyłuszczenia nowotworu jelita ślepego.

Ogłoszenie tych przypadków wydaje mi się być usprawiedliwionem już z tego powodu, że technika operacyjna resekcyi jelit nie jest jeszcze ustaloną; postawienie pewnych reguł, jakich się w podobnych przypadkach trzymać należy, będzie mogło nastąpić dopiero w przyszłości przez porównanie znacznéj liczby przypadków, operowanych różnemi sposobami. Do rozwiązania tej kwestyi przyczyni się także praca doświadczalna przedsięwzięta na znacznym materyjale, do któréj pierwszy impuls dał już N. Senn z Milwaukee.

Przypadki moje były następujące:

I. *Hernia inguinalis incarcerata gangraenosa; resectio intestini ilei. Fistula stercoralis, laparotomia, resectio intestini ilei; sanatio.*

Przypadek ten dotyczy dalszego losu chorego operowanego przezemnie w roku 1886 z powodu przepukliny uwięźniętej, zgorzelinowéj. Dla dokładności przytaczam w skróceniu jego dawniejszą historyję choroby.

Kiryło I. z Zawidowic, wyrobnik liczący lat 41, przybył w stanie septycznym dnia 4 sierpnia 1886 r. do szpitala z przepukliną uwięźniętą wielkości dłoni ludzkiéj. Tegoż dnia herniotomija i resekcyja przewrotna jelita, przyczem usunąłem 36 centim. długą petlę zgorzelinową. Dwunastego dnia po operacyi wystąpiła przetoka kałowa, która utrzymywała się przez 11 dni, poczem rana wolno oczyszczała się ze strzępów zgorzelinowych i pokryła się bujną ziarniną

[1]) Według wykładu wygłoszonego na I. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 16 października 1889 r. [2]) *Przegląd Lekarski* Nr. 41 i 42.

i w półtora miesiąca po operacyi (w chwili ogłoszenia tego przypadku) rana była na zabliźnianiu, a chorego przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lekarskiego z dnia 9 października 1886 r. jako będącego na wyleczeniu. Odtąd chorego nie widziałem z przyczyn odemnie niezależnych, dowiedziałem się jednak, że w 2 miesiące po operacyi powstała u niego przetoka kałowa na nowo, która pomimo stosowania przeżegań kamieniem piekielnym i ucisku nie miała dążności do zabliźnienia się.

Chory po opuszczeniu szpitala zgłosił się do mnie dopiero dnia 24 kwietnia 1887 r. w stanie następującym: Znacznie wychudły, niedokrewny; na 2 ctm. powyżéj prawego więzu Pouparta w środku przebiegu tegoż znajdowały się 2 przetoki włosowate, około 1 ctm. od siebie oddalone, otoczone tkanką ziarninową około 7 ctm. w głąb w tym samym kierunku do światła jelita drążącą. Blizna po herniotomii przedstawiała białą pionowo przebiegającą smugę, na przedniéj powierzchni prawego worka mosznowego; palpacyja wykazywała na całym przebiegu blizny zbitą tkankę łączną. Brzuch przedstawiał przy perkusyi większą nieco odporność tkanin i przytłumienie odgłosu po stronie lewéj w dole, również większą wrażliwość przy omacywaniu tych części. Chory prosił usilnie o wykonanie operacyi radykalnej, podając, iż od czasu do czasu pojawia się w przetokach kał wśród bólu w brzuchu i parcia na stolec, skutkiem czego czuł się mocno osłabionym. Stan ten był bardzo nieprzyjemnym z powodu ciągłych zanieczyszczań się kałem.

Celem usunięcia tych przetok wykonałem dn. 1 maja 1887 roku operacyję plastyczną sposobem Dieffenbacha, to jest odświeżyłem brzegi przetok możliwie głęboko i pokryłem szerokim mostowym płatem, wziętym z tkanki podskórnéj sąsiedztwa rany. Irrygacyja sublimatem; opatrunek jodoformowy; poleciłem zupełny spokój, *tinct. opii* wewnętrznie i ścisłą dyjetę. Już 3 maja wieczorem wśród parcia pojawił się kał w opatrunku, a przy zmianie tegoż d. 4 maja znalazłem przetokę w dolnéj ranie, w kilka dni późniéj zaś i w górnéj. Operacyje plastyczne dodatkowe następnie kilkakrotnie wykonane, mające na celu zbliżenie dokładne odświeżonych nowo powstałych przetok kałowych, nie odniosły żadnego skutku pomimo zachowania pedantycznego wszelkich ostrożności w dyjecie. Celem ułatwienia odchodzenia wiatrów wprowadzono choremu stale gruby $^1/_4$ metra długi dren do odbytnicy, co sprawiało mu znaczną ulgę. Rany opatrywano co 3 dni, przyczem stosowano ucisk; kał znajdowano w opatrunku prawie do końca maja. Od początku do końca czerwca kału nie napotkano w opatrunku ani razu; od połowy pod koniec czerwca pojawiał się takowy coraz częściéj i w coraz większéj ilości. Z końcem czerwca 1887 r. chory opuścił Lwów z dwiema przetokami z poleceniem silnego uciskania opaskami brzucha w okolicy przetok i brania kąpieli rzecznych. Dnia 14/8 1887 roku zgłosił się ponownie z przetokami niezabliźnionemi, nadto powyżéj lewego więzu Pouparta powstał w powłokach brzusznych owalny, płaski, bardzo twardy, przy ucisku nieco bolesny obrzęk zapalny około 10 ctm. w kierunku pionowym, a 6 w kierunku poprzecznym wynoszący, sięgający prawie do połowy odległości pomiędzy pępkiem a więzem Pouparta. Odgłos wypukowy powyżéj pępka (nadbrzusze) bębenkowy, poniżéj pępka (podbrzusze) stłumiony. Chory czuł po każdem jedzeniu ból w okolicy obrzęku po lewéj stronie brzucha i uważał często odchodzenie powietrza i kału przetokami. Podczas pobytu na wsi miał kilkakrotnie stolec rzadki, wywołany najczęściéj Hegarem.

Przypuszczając, że przetoka znajduje się w dolnéj części jelita cienkiego i podejrzywając ostrogę z następowem znacznem zwężeniem jelita, postanowiono wykonać następową resekcyję miejsca zwężonego. W tym celu przygotowano chorego w zwykły sposób do laparotomii, którą wykonano 18 sierpnia 1887 roku. W narkozie chloroformowéj poprowadzono warstwowe ukośne cięcie powyżéj blizny po plastyce do 12 ctm. długie przez mięśnie brzucha aż do otrzewnéj, przyczem podwiązano krwawiące naczynia po obu brzegach rany. Dość znaczne zrosty z jelitem oddzielono tępo palcem, poczem stwierdzono z łatwością twardy postronek w dolnym odcinku rany, należący do przetok. Zrosty oddzielono częścią tępo paznogciem, częścią przecięto nożem chrząstkowato twarde utkanie. Na zgłębniku rowkowanym przecięto oba mostki przetoki i wyskrobano łyżeczką Volkmanna. Z powodu silnéj opozycyi ze strony asystujących kolegów zmuszony byłem odstąpić od założonego planu wycięcia jelita, odświeżyłem tylko brzegi przetoki za pomocą nożyczek zakrzywionych i założyłem 3 szwy Lemberta na otwór przetoki (operacyja Denouviliera). Drenowanie rany, szew kuśnierski i materacowy; opatrunek jodoformowy, ścisła dyjeta, krople opijowe.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy; rana zgoiła się *per primam* z wyjątkiem miejsc dla drenów, które usunięto 6-go dnia po operacyi; od drugiego dnia po operacyi uskarżał się chory na ból w ranie. W 5 dni po operacyi miał po podaniu olejku rącznikowego pierwszy stolec gęsty, mocno cuchnący. Od czasu usunięcia drenu i pasma gazy jodoformowéj uważał odchodzenie wiatrów przez ranę; stolec wywoływano podawaniem oleju rącznikowego; kału w ranie ani razu po operacyi nie zauważono.

Dnia 10 września 1887 roku opuścił Lwów z granulującemi rankami w miejscach, które drenowano, z poleceniem ścisłego przestrzegania dyjety, częstego używania oleju rącznikowego i stosowania Hegara. Miał zgłosić się w listopadzie. Obrzęk twardy nad lewym więzem Pouparta znacznie zmalał i zmiękł tak, że z trudnością dawał się wykazać; takowy zwiększał się zawsze, kiedy chory więcéj chodził.

Zgłosił się dopiero 18 grudnia w następującym stanie: Żółto blady, wychudły; w środku prawego więzu Pouparta przetoka prowadząca w kierunku ku wewnątrz i ku górze do światła kiszki. W dolnéj części okolicy podbrzusznéj lewéj w powłokach brzusznych obrzęk płaski, zaczerwieniony, bardzo twardy, wielkości męskiéj dłoni, sięgający blisko do kolca biodrowego przedniego górnego (*spina anterior sup.*). W obrzęku tym w kilku miejscach ropnie i przetoki. Okolica dolna podbrzusza przy ucisku bolesna; odgłos wypukowy wszędzie bębenkowy. Nad obrzękiem dla bolesności wstrzymano się od opukiwania.

Z wywiadów można się było dowiedzieć co następuje: Przez 2 tygodnie po odjeździe chorego ze Lwowa nie wydzieliła się ani kropla kału z przetoki, poczem takowy począł się wydobywać. W lewéj stronie podbrzusza powstał na nowo powoli wśród bólu wzrastający obrzęk w miejscu dawnego stwardnienia, który pękł, poczem odejść miała spora ilość ropy. Zażywanie kropli opijowych sprawiało choremu znaczną ulgę przez zmniejszenie parcia ku przetokom. Dren trzymał ciągle w kiszce odchodowéj, gdyż po usunięciu tegoż czuł ból i wiatry odchodziły przez ranę. Chorego umieszczono w szpitalu w Żółkwi celem wykonania następowéj resekcyi jelita. Dnia 11 stycznia 1888 roku, gdy stan ogólny nieco się poprawił, celem usunięcia obrzęku po lewéj stronie brzucha wykonałem najpierw wstępną operacyję w narkozie chloroformowéj, polegającą na przecięciu obrzęku w kształcie litery ⊤ i wyskrobaniu serowatych granulacyj łyżeczką Volkmanna. W przeciągu miesiąca rana ta zabliźniła się i dnia 15 lutego 1888 r. po odpowiedniem przygotowaniu chorego wykonałem wreszcie laparotomiję w narkozie chloroformowéj przy łaskawéj asystencyi doktorów Muszkieta, Berggrüna, Drzymalika i Szapiry. Cięcie poprowadzono ukośne, równoległe do więzu Pouparta około 3 ctm. powyżéj tegoż począwszy od *spina anterior superior* prawie aż do spojenia łonowego sięgające, około 16 do 17 ctm. długie. Powłoki brzuszne nacięto warstwowo aż do otrzewny ściennéj, podwiązując obustronnie dokładnie krwawiące tętnice. Po otwarciu otrzewny ściennéj okazała się przyrosła sieć w dnie rany, którą w 2 porcyjach podwiązano i na poprzek przecięto. Pod siecią leżące jelito było ze wszech stron do ścian brzusznych przyrośnięte, częścią za pomocą wiotkiéj, częścią zbitéj tkanki łącznéj; liczne zrosty częścią poprzerywano palcem, częścią przecięto nożyczkami Coopera. Gdy przerywanie silnych zrostów w miejscu odpowiadającem przetoce w wewnętrznym odcinku rany wydało się bardzo utrudnionem, przecięto na poprzek mięsień prosty brzucha, przytem zraniono i podwójnie podwiązano mocno

rozszerzoną tętnicę podbrzuszną dolną (*A. epigastrica inferior*). Po przecięciu nożyczkami Coopera silnych chrząstkowatych zrostów przy wewnętrznym końcu przetoki naddarło się ramię odwodzące kiszki w miejscu ostrogi, dlatego zamknięto natychmiast prowizorycznie światło tegoż dużemi kleszczami Péana z końcami powleczonemi drenami. To samo stało się z drugiem ramieniem dowodzącem. Przy oddzielaniu zrostów naddarła się również błona surowicza jelita powyżéj ramienia dowodzącego. Naddarcie to długości 1 ctm., przechodzące tylko przez zgrubiałą błonę surowiczą zeszyto kilkoma szwami Lemberta. Zoryjentowanie się było bardzo utrudnionem wobec mnóstwa zrostów i zgrubienia znacznego kreski, któréj grubość dochodziła do wymiaru 3 ctm. Dopiero po zupełnem oddzieleniu zrostów pętli kiszkowych spostrzeżono, że prowizorycznie kleszczami Péana zamknięte otwory kiszkowe były rozerwanemi koncami miejsca dawnéj resekcyi. Ramię odwodzące przedstawiało zwężenie, przez przez które nie można było przeprowadzić palca małego; było to miejsce pierwszéj enterorafii, a tworzył je koniec jelita cienkiego w odległości około 4 ctm. od wejścia takowego do kiszki ślepéj, t. j. od zastawki Bauhina. Po przestrzykaniu jamy roztworem sublimatu 1:5000 i odświeżeniu brzegów wolnych szpary w zgrubiałéj kresce [1]) i podwiązaniu większych krwawiących naczyń tejże ujęto oba ramiona uciskadłami Rydygiera. Na ramieniu odwodzącem musiano założyć uciskadło na jelito ślepe dla braku miejsca na jelicie cienkiem. Odcinek jelita cienkiego wynosił zaledwie tylko 4 ctm. Resekowano około 3 ctm. z ramienia do- i odwodzącego, zatem razem 6 ctm. Po dokładnem zbliżeniu obu odcinków okazywał odcinek dowodzący nieco większe światło, dlatego wykonałem dilatacyję tegoż palcami wprowadzonemi aż po zastawkę Bauhina. W ten sposób i zastawkę Bauhina rozszerzyłem palcami. Założyłem następnie pierwszorzędne węzełkowate szwy Czernego od wewnątrz sposobem Wölflera w znaczniejszéj części obwodu odcinków, resztę szwów Czernego pierwszorzędnych założyłem od zewnątrz. Po dokładnem zeszyciu w ten sposób obu odcinków, przyczem szczególnie gęste założono szwy w miejscu przyczepienia kreski, zbadano przez inspekcyję miejsca szwów, przyczem zauważono kruczenie w jelicie; szwy trzymały dostatecznie; założono takowych około 25; na te nałożono szwy drugorzędne sposobem Lemberta i to częścią węzełkowe, częścią szew kuśnierski. Podczas oddzielania zrostów napotkałem grube pasmo ścięgniste, uczepiające wolny brzeg jelita cienkiego do przetoki; biorąc je zrazu za światło jelita, założono na nie kleszcze Péana i przecięto; po odjęciu kleszczy przekonano się o właściwym stanie rzeczy. Powłoki brzuszne zespojono szwem trójwarstwowym zeszywając osobno otrzewnę, mięśnie i skórę, nadto zbliżono powłoki brzuszne głębokim szwem materacowym. Na przecięty mięsień prosty brzucha nałożono osobno szew węzełkowy. Do szwu użyto jedwabiu; drenowania zaniechano; opatrunek uciskowy jodoformowy. Tętno po operacyi bardzo słabe nitkowate, chory bardzo blady, elewacyja kończyn, autotransfuzyja; choremu podano grog gorący i wstrzyknięto podskórnie eter octowy. Operacyja trwała 4 godziny. Wieczorem tętno 120, pełne; ścisła dyjeta. Ciepłota po operacyi nie podniosła się ani razu do 38°; przez kilka dni po operacyi nadbrzusze było tkliwe i chory czuł lekki ból w temże. Po dwu opatrunkach rana zabliźniła się *per primam intentionem*. Pierwszy stolec oddał 4 go dnia po operacyi.

Dnia 1 maja 1888 r. opuścił szpital. Badanie tegoż dnia we Lwowie uskutecznione wykazało: Cera twarzy zdrowa, dobrze wyglądający i dobrze odżywiony. Brzuch nigdzie nie bolesny. Dolna część podbrzusza po stronie prawéj wzdłuż więzu Pouparta nieco twardsza niż w stanie prawidłowym. Na kilka ctm. powyżéj prawego więzu Pouparta twarda blizna, przebiegająca równolegle do tegoż więzu od kolca biodrowego przedniego górnego blisko do spojenia łonowego; po stronie lewéj podbrzusza również podobna trójkątna blizna w środku zaciągnięta. Chory czuje się zupełnie zdrowym, spożywa wszystkie pokarmy bez bólu, stolec ma prawidłowy. Po opuszczeniu Lwowa przebył 3 milową drogę pieszo i pracował w cegielni przez rok. Podczas tego czasu był kilkakrotnie pieszo we Lwowie; niedawno przebył pieszo 12-milową drogę. Obecnie jest posługaczem szpitalnym w Żółkwi (chorego tego przedstawiłem na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1888 i na pierwszym zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 16 października r. 1889 [1]). (C. d. n.)

[1]) Przy pierwszéj resekcyi kreski nie szyto z powodu głębokiego nacieku w tejże, tylko przepalono termokauterem.

[1]) Korzystny wynik ostateczny tego przypadku zawdzięczam w znacznéj części Drowi Muszkietowi w Żółkwi, który przeprowadził leczenie następowe, za co mu tutaj serdecznie dziękuję.

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Krew w głębi rany się znajdująca w tym okresie (24 godzin) uległa w całości przemianie włóknistéj, któréj rezultatem jest gruba siatka hemoglobinowa, pomięszana bez ładu z siatką chromatynową (włókna szarozielonawe i włókna silnie się barwiące safraniną). Tylko w siatce hemoglobinowéj spotykamy często małe ziarenka chromatynowe. Nigdzie zaś w krwi téj, a raczéj w téj siatce z niéj powstałéj nie widzimy tych leukocytów, z jakich złożoną jest warstwa pomiędzy gruczołem a powłoką z kolodyjum. W brzegach rany ani w warstwie pokrywających przybłonków leukocytów téż nie spotykamy. Nie mamy zatem przed sobą następowéj emigracyi leukocytów z brzegów rany do krwi wynaczynionéj na zewnątrz rany.

Koniecznie zatem przypuścić musimy, że ciałka czerwone, które dostały się na zewnątrz rany, przemieniły się w leukocyty. Niewszędzie jednak przyszło do przemiany ciałek czerwonych w wyraźne leukocyty. Często w miejscach przylegających tuż do przybłonków nienaruszonych na powierzchni gruczołu ciałka czerwone są jakby przez wzajemny ucisk powydłużane w podłużne płytki żółtozielonawe. Niektóre z tych płytek barwią się silnie safraniną. Miejscami przeważają płytki barwiące się, lub tylko one się znachodzą.

Odmienne było zachowanie się téj krwi, która dostała się przez powłokę kolodyjum, a którą pokryłem nową warstwą kolodyjum. W tych warstwach krwi wynaczynionéj i zamkniętéj ze wszystkich stron przez kolodyjum ciałka czerwone albo zlały się w jednę masę żółtozielonawą, drobnoziarnistą, w któréj bez ładu rozprószone są jądra okrągławe, podłużne lub płytkowate, obraz żywo przypominający pewne komórki olbrzymie, albo ciałka czerwone zlane w jednę masę, złożoną z samych silnie barwiących się składników identycznych z temi, które silnie zabarwione safraniną znaleźliśmy rozproszone w istocie szarozielonawéj, na kształt jąder w komórce olbrzymiéj. W innych znów miejscach krew dała początek masie jednolitéj, silnie safraniną się barwiącéj i zaopatrzonéj w wakuole. Te ostatnie spotykamy zresztą i w istocie ziarnistéj lub jednolitéj, nie barwiącéj się safraniną.

W doświadczeniach tych mamy nowy dowód, że z ciałek czerwonych wśród pewnych warunków mogą i rzeczywiście powstają ciałka białe.

Niewszystkie jednak ciałka czerwone muszą po opuszczeniu naczyń krwionośnych dać początek istocie chromatycznéj. Pewna ich ilość daje początek włóknom i w ogóle istocie międzykomórkowéj w nowopowstającéj tkance tak, że ciałka czerwone stanowią materyjał dla wszystkich składników, z jakich złożoną jest nowowytworzona tkanka łączną zapalna. Pozostają tylko do bliższego określenia warunki, wśród jakich ta tkanka łączna zawiera raz znaczną ilość jąder, w innym razie daleko mniéj, dlaczego daléj istota międzykomórkowa ma postać zbitą lub wiotką, włóknistą lub jednolitą.

III. O zmianach nowotwórczych i wstecznych w części macicznéj łożyska[1]).

a) *Łożysko ludzkie.*

Część matczyna łożyska, która głównie nas tu zajmuje, tworzy warstwę zewnętrzną tego narządu i ona to pokrywa kosmki *(villosités)* płodowe. Jéj grubość różną jest w tem samem łożysku; w przecięciu mierzy ona $^1/_2$—1 mm., ale nieraz jest i znacznie grubszą. Z tą różnicą w grubości łączą się i pewne różnice w budowie mikroskopowéj.

Znajdujemy tu głównie naczynia krwionośne, komórki kształtów i rozmiarów bardzo różnych i istotę międzykomórkową mniéj lub więcéj obfitą.

Opiszemy najpierw naczynia, t. j. ich ściany i treść, jako też ich bezpośrednie otoczenie. Wiele naczyń krwionośnych nie ma właściwie ścian, są to raczéj zatoki krwiste, ograniczone wielkiemi komórkami. Znajdujemy jednak i takie naczynia, których ściany dochodzą do znacznéj grubości. Jednak jest to przedewszystkiem treść naczyń krwionośnych, t. j. części morfotyczne krwi, które przedstawiają najważniejsze objawy, i które według nas są kluczem do zrozumienia całéj histogenezy łożyska. Dlatego musimy wejść w niektóre szczegóły. Przedewszystkiem nadmienić musimy, że obok zmian w ciałkach czerwonych za życia powstałych mamy i zmiany pośmiertne. W wielkich naczyniach krew zachowywać może wszystkie prawidłowe własności; rozmiary, barwa i kontury ciałek czerwonych mogą nie przedstawiać nic nadzwyczajnego. Nie jestto jednak regułą we wszystkich naczyniach, zwłaszcza nieco mniejszego kalibru, i to w częściach przybrzeżnych. Znajdujemy tu mianowicie uwagi godne rozdzielenie istoty barwiącéj ciałek czerwonych (hemoglobiny). Ta istota nagromadza się na obwodzie ciałek czerwonych, wypełniając zarazem przestwory trójkątne, jakie ciałka pojedyncze od siebie oddzielają i tworząc przez to siatkę, któréj oczka odpowiadają wybladłym ciałkom czerwonym. Niektóre jednak z tych ostatnich zatrzymywały w całości swój naturalny barwik i tworzą jakby zgrubienia (*nodosités*) wśród owéj siatki. Przy samym zaś brzegu naczynia ciałka czerwone zlały się w jednę masę jednolitą, barwy prawidłowéj ciałek, z licznemi nieraz wakuolami, które niczem innem nie są, jeno wybladłemi ciałkami czerwonemi. Przez spływanie wybladłych ciałek czerwonych z sobą, zaniknięcie ich konturów i może wskutek jakiejś retrakcyi otaczającéj istoty jednolitéj, powstają większe odmiany wakuol. Włókienka wyżéj wspomnianéj siatki są albo jednostajne albo delikatnie ziarniste. Ich barwa jest identyczna z barwą prawidłowych ciałek czerwonych, albo wpada w barwę więcéj nasyconą, prawie brunatno-zielonawą. Wreszcie siatka ta okazuje miejscami oddziaływanie istoty chromatycznéj, t. j. barwi się silnie safraniną lub gencyjaną.

Nie są to jedynie objawy pośmiertne, bo obok nich spotykamy inne bardziéj powikłane, których nie możemy inaczéj tłumaczyć jak tylko przez wyższy stopień rozwoju tamtych. W naczyniach o ścianie wyraźnéj znajdujemy bezpośrednie przejście owéj masy przybrzeżnéj jednolitéj w ścianę naczynia. Budowa takich ścian jest często prawie jednostajna z rozprószonemi w niéj leukocytami lub jądrami nieco większemi lub podłużnemi, podobnie jak w warstwie przybrzeżnéj zlanych z sobą ciałek czerwonych spotykamy i w niéj liczne, różnie wielkie wakuole. Barwa właściwa warstwy przybrzeżnéj zlanych ciałek czerwonych w miarę zbliżania się ku ścianie naczynia powoli blednie, aż w saméj ścianie znika zupełnie, tak że właściwie nie można oznaczyć granicy między tą istotą przybrzeżną powstałą z ciałek czerwonych a ścianą naczynia, czyli raczéj tkanką zamykającą zatokę krwionośną. Obrazy takie nie dopuszczają żadnéj wątpliwości, że mamy do czynienia z przemianą ciałek czerwonych w istotę jednolitą przyrody tkanki łącznéj.

W niektórych, i to nawet wielkich naczyniach znajdujemy, że w pewnéj części ciałek czerwonych przyszło do wytworzenia na ich obwodzie siatki chromatynowéj, tuż obok zamiast siatki chromatynowéj widzimy siatkę hemoglobinową. W innéj części przekroju tego samego naczynia naraz zamiast ciałek czerwonych widzimy same leukocyty z istotą chromatyczną, przypominającą obrazy pośredniéj fragmentacyi. Wiemy z poprzednich spostrzeżeń, co ma znaczyć to zjawisko. Zaburzenia w krążeniu, które w łożysku mają liczne przyczyny, mogły dać powód do téj przemiany ciałek czerwonych w leukocyty. W innych naczyniach pewna część ciałek czerwonych przemieniła się w jakąś istotę ciemnobrunatną z licznemi wakuolami, zawierającemi leukocyty. Inna część krwi i to ostro od tamtéj odgraniczona, przemieniła się także w istotę jednolitą lub lekko ziarnistą, ale o wiele jaśniejszą od tamtéj (ciemnobrunatnéj) lub bezbarwną. W innéj wreszcie części naczynia ciałka krwi czerwone nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Przejdźmy teraz do naczyń nie mających własnych ścian, do owych raczéj nieregularnych zatok krwią wypełnionych. Są one ograniczone owemi wielkiemi komórkami, stanowiącemi główną część składową macicznéj części łożyska. Na pierwszy rzut oka możnaby rzec, że krew dostała się następowo pomiędzy te komórki i wywołała w ten sposób owe przestwory krwią wypełnione, tak różne pod względem kształtów i wielkości. Badając bliżéj granicę między krwią a owemi wielkiemi komórkami, znajdujemy takową ostrą, komórki owe nie zdają się mieć żadnego związku z ciałkami czerwonemi, przylegającemi do nich bezpośrednio. W innych jednak miejscach granica ta przedstawia inne własności. W przylegającéj krwi widzimy wśród przyległych ciałek czerwonych siatkę, obejmującą w swych oczkach więcéj ciałek czerwonych i najczęściéj jeden lub dwa leukocyty. Siatka ta widocznie powstała z barwika ciałek czerwonych, które się odbarwiły i miejscami spłynęły w istotę bezbarwną, prawie jednolitą, lub delikatnie ziarnistą, obejmującą jeden lub dwa leukocyty o obrzmiałych jądrach. Włókienka owéj siatki przechodzą bezpośrednio w przylegającą istotę międzykomórkową, ciałka czerwone zlewające się w jednę masę, w oczkach owéj siatki leżące, stanowią początek owych wielkich komórek, których pierwoszcze powstało z przemiany ciałek czerwonych, jądra z leukocytów, a istota międzykomórkowa z barwika, który opuścił ciałka czerwone i dał początek owéj siatce, któréj oczka co do rozmiarów odpowiadają przylegającym wielkim komórkom.

Przejdźmy teraz do opisu tych wielkich komórek, najważniejszego składnika zajmującéj nas warstwy łożyska. Komórki te słusznie można nazwać wielkiemi, dochodzą bowiem nieraz do rozmiarów kolosalnych. Nazwa komórek „olbrzymich" mniéj dla nich odpowiada, bo mają zazwyczaj tylko jedno jądro. Znajdują się jednak obok nich i prawdziwe komórki olbrzymie, t. j. wielojądrowe, ale ich liczba jest zawsze nieznaczna. Pierwoszcze wielkich komórek jest jużto delikatnie ziarniste, jużto prawie jednostajne i tak przeświecające, że czyni wrażenie próżni. Czasem gdy jest ziarniste, widzimy w niem ziarna obok delikatnych i grubsze szarobrunatnawe. W innych razach pierwoszcze to ma wejrzenie delikatnie włókienkowate, a wtedy pośród tych włókienek łatwo odkryć kontury odbarwionych ciałek czerwonych. W jednéj i téj saméj komórce możemy widzieć wszystkie te

---

[1]) Rozdział ten opracowany jest wspólnie z panem Defay z Brukseli, a jak szanowni Czytelnicy „Przeglądu Lek." zapewne zauważą, znaleźliśmy tutaj zupełnie inne źródło dla istoty chromatycznéj, niż w naszéj pracy w Nr. 24, 25 i 27 tego pisma ogłoszonéj.

rodzaje pierwoszcza, a na samej granicy z zatoką krwionośną widzimy, jak bezpośrednio ciałka czerwone przechodzą w pierwoszcze przylegającéj wielkiéj komórki, przemieniając się w istotę drobnoziarnistą lub jednolitą. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Jaroslav Hlava: Práce z oboru pathologické anatomie a bakteriologie. V Praze 1890, in 8-vo, str. LIV i 190, oraz 2 tabl.

Z powodu zbliżającego się 100-letniego jubileuszu c. k. szpitala powszechnego w Pradze czeskiéj obydwa tameczne Wydziały lekarskie przygotowały prace, celem uczczenia daty téj pamiętnéj. Ze strony Wydziału czeskiego prof. Hlava, jeden z najzdolniejszych i najpracowitszych jego profesorów, wydał zbiór prac z dziedziny anatomii patol. i bakteryjologii, wykonanych przez siebie, asystentów i uczniów swoich po największéj części we własnym zakładzie. Książka składa się z dwóch części: W pierwszéj prof. Hlava daje wykaz sekcyj wykonanych w jego zakładzie w ciągu 6-letniego istnienia; było ich 4274, czyli w przecięciu rocznie 712; daléj zdaje w krótkości sprawę z 51 prac wykonanych w zakładzie w tymże przeciągu czasu, z których 17 pochodzi od niego samego, 9 od rodaka naszego Dra Obrzuta, I-go asystenta i docenta anatomii patol., po 3 od Drów Kilchera i Sumbery, po 2 od Drów Blahy, Krejcego, Pecirki, Hallicha, Stybra, po 1 od Drów Thomayera, Kucery, Slechty, Faktora, Cerycha, Jacobsa i Defoya (ostatnich dwóch Belgijczyków). Część druga obejmuje 8 rozpraw oryginalnych dotąd jeszcze nie ogłoszonych, z których 3 znów jest pióra prof. Hlavy, 2 Dra Stybra, 1 Dra Obrzuta, 1 Dra Kuffnera i 1 Dra Rubeski. Według systemu przyjętego w Sborniku lek., w końcu każdéj pracy umieszczoném jest dokładne *Résumé* w języku francuskim. Rozprawa Dra Obrzuta o udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych drukuje się od kilku miesięcy i w Przeglądzie Lek. Druk, papier i ryciny są znakomite. Niepodobna nam zapuścić się w streszczenie choć ważniejszych prac; poprzestajemy na zwróceniu uwagi kolegów na okazały tom, świadczący dokładnie o działalności młodéj szkoły lekarskiéj pobratymców naszych, o któréj żywotności Niemcy tak bardzo powątpiewali. *L. B.*

Patologija.

Prof. Korányi (Buda-Peszt): **Wpływ ubrania na powstawanie nerki wędrującéj u kobiet.**

Wielu klinicystów, a między innymi i autor, zrobiło to spostrzeżenie, iż od 20 lat nerka wędrująca u kobiet coraz częstszem staje się zjawiskiem. Lindner nawet obliczył, iż co 6-ta kobieta z sfer zamożniejszych na to zboczenie cierpi. Minęły te czasy, kiedy Oppolzer jeszcze nerkę taką za niewinną rzecz uważał; dziś wiemy, że wiele cierpień żołądkowo-kiszkowych, nerwowych, często także polyuryja i hematuryja swój początek téj nieprawidłowości zawdzięczają, skutkiem czego nie wahamy się nawet przedsiębrać tak niebezpieczne operacyje jak *nephroraphia* i *nephrectomia*. Nerka wędrowna według doświadczenia autora może być powodem osłabienia do śmierci prowadzącego, a w praktyce swéj klinicznéj zauważył, iż 2 razy w nerce takiéj wytworzył się rak. Bezsprzecznie jedną z najważniejszych przyczyn powstawania nerki wędrującéj u kobiet jest moda teraźniejsza. Już Cruveilhier potępiał sznurówkę. Nie podlega wątpliwości, że sznurówka nie wpływa dodatnio na zdrowie kobiet, jednak w wiekach poprzednich kobiety sznurowały się bardziéj niż dziś, a mimo to nerki wędrujące nie były tak częste. Między kobietami z sfer wygodnie życie prowadzących także nie często tę nieprawidłowość spotykamy, ale najczęściéj w sferach średnich, w których kobieta modnie ubrana, przecież nie jest zupełnie bezczynną, ale często zmuszoną jest w domowem gospodarstwie pracować. Według autora następujące wady ubrania należą do głównych przyczyn: 1) obwiązywanie i upinanie ciężkich sukien w linii pasowéj wskutek czego następuje obsuwanie się nerki prawéj ku dołowi. Autor ważył pełną toaletę kobiet i tak toaleta letnia, składająca się z sukni, spodnicy, wypychadła czyli turniury, waży 3 klgrm. zimowa bez płaszcza aż 6 klgrm.; 2) Wysokie obcasy i korki u bucików. Punkt ciężkości ciała wskutek tego przechodzi przez oś biodrową, a ciężar całego ciała ku przodowi pochylony na samych palcach stopy spoczywa. Występuje przytem silne wgłębienie i podanie się lędźwiowéj części kręgosłupa, a zatem i całéj téj części brzusznéj ku przodowi. Przy chodzeniu nerka prze na dolne i przednie wiotkie części i obluźnia *lig. ileo-femoralia*. Autor podaje w dalszym ciągu liczne pomiary wielkości wygięcia się lędźwiów, jakie na różnéj wysokości kobietach przy różnéj wielkości obcasów czynił. Na trupie najlepiéj się można o prawdziwości tego twierdzenia przekonać. Nie sznurówka więc jest przyczyną nerki wędrującéj, lecz wysokie obcasy i za nadto wielka waga sukien. (*Br. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 31).

Choroby wewnętrzne.

Dr. Rosenheim (Berlin): **Przeczulica błony śluzowéj żołądka w bezkrwistości blednicy.**

Nowszemi czasy medycyna zajęła się pilnie badaniem następowych chorób żołądka, to jest zmian tego organu, które nie samoistnie, lecz wskutek i jako następstwo innych chorób występują. Znajomość tych zmian przyczyniła się wielce do polepszonego ich leczenia przez zwalczanie choroby podstawowéj. Najwięcéj dotychczas badali lekarze żołądek suchotników, autor jednak zwrócił szczególną uwagę na zmiany żołądkowe w przebiegu chorób krwi, jak w bezkrwistości i blednicy występujące. Do pierwszych objawów żołądkowych téj choroby należy *anorexia* i *parorexia*. Następuje upośledzenie czynności gałązek czuciowych lub fałszywe ich oddziaływanie, stąd brak apetytu lub chętka do potraw kwaśnych, kredy, wapna i t. d. Częstszym jednak od znieczulenia jest objaw przeczulicy gałązek błędno-sympatycznych w przebiegu bezkrwistości i blednicy. Z przytoczonych historyj chorób dowiadujemy się, że najczęstszym objawem jest ból żołądka, jużto po jedzeniu lub bez przyczyny występujący. Bóle połączone są bardzo często z wymiotami potraw, jeżeli żołądek pełny, lub śluzu przy próżnym żołądku. Każdorazowe dotykanie nadpępcza nawet w chwilach od bólów wolnych jest bolesne. Produkcyja wolnego kw. solnego zmiejszona. Apetyt istnieje, ale obawa jedzenia z powodu bólów. Chorobę tę łatwo odróżnić od wrzodu okrągłego żołądka. Cierpią na nią głównie tylko młode dziewczęta, ilość kw. solnego zmniejszona, bolesność występuje po każdorazowem jedzeniu, gdy tymczasem wobec wrzodu tylko pewne potrawy bolesność sprawiają. Katar i *gastritis* odróżnimy brakiem apetytu, brakiem bolesności i częstych wymiotów. Leube nie robi różnicy między omawianą przeczulicą a kardialgiją, uważając ją za lżejszy jéj stopień. Nie trzeba zapominać, że kardialgija jest czystą nerwicą. promienisto się rozprzestrzeniającą z wszystkiemi charakterystycznemi jéj znamionami, gdy tymczasem omawiana choroba polega tylko na przeczulicy saméj błony śluzowéj żołądka. Czy przeczulica ta tylko na zmianie w saméjże krwi polega? Tak nie jest. Senator i Hoeslin udowodnili, że u młodych i delikatnych osób często przychodzi do złuszczenia przybłonka z wybroczynami drobnemi połączonego, które ledwo w stolcu rozbiorem chemicznym dają się wykryć. Utraty przybłonka są przyczyną przeczulicy, a ukryte i częste wybroczyny są podstawą bezkrwistości. Dlatego to w téj chorobie azotan srebrowy, w rozczynie 0 20 na 100 3 razy dziennie podawany, znakomite wydaje skutki, nadżerki zabliźniając. Bóle i wymioty zaraz też ustępnją. Dopiero po ich ustąpieniu przystępujemy do podawania leków gorzkich, kw. arsenawego i przetworów żelazistych. Inne leki żołądkowe, jak beladona, rheum, bismut są zupełnie bezskuteczne. Spokój ciała, a często i pobyt w łóżku, jakoteż lekka, przeważnie mleczna dyjeta w połączeniu z wodą wapienną leczenie znakomicie wspierają. (*Berl. kl. Wschft*, 1890, Nr. 33). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby nerwowe.

Freund: **Przyczynek do znajomości osłabienia pamięci.**

Autor opisuje 2 przypadki osłabienia pamięci. Oba dotyczyły kobiet, które nadużywały napojów wyskokowych. Pier-

wsza 52-letnia cierpiała na uwiąd rdzenia pacierzowego, miała od czasu do czasu urojenia i była głupowatą. Ciekawem jednak było u téj choréj zaburzenie pamięci, a mianowicie pamiętała wszystko, co się stało przed jéj 20 tym rokiem życia, a za to o wszystkiem co zaszło po tym czasie zapomniała zupełnie.

Podobnie zachowywała się pamięć u drugiéj choréj, liczącéj lat 65, która również tylko pamiętała zdarzenia swéj młodości, a o późniejszych nic nie wiedziała. U téj choréj prócz tego dało się wykazać t. z. *agraphia amnestica*. To zaburzenie w pisaniu nie było objawem wypadnięcia funkcyi, lecz przyrody czynnościowéj, jako wynik osłabienia pamięci, gdyż nie było niezborności ruchów ręki. Autor radzi tę postać agrafii nazywać: *Agraphia amnestica optica*. (*Arch. f. Psych.*, XX, S. 441).

Oppenheim: *Hemianaesthesia* i *hemiataxia*, **jako skutek zniszczenia tylnéj części** *capsula interna*.

Chora, która od wielu miesięcy cierpiała na bicie serca, zauważyła pewnego dnia, że lewa jéj noga straciła czucie. Wkrótce potem nastąpiło znieczulenie kończyny górnéj i połowy twarzy po téj saméj stronie.

Badanie przedmiotowe okazało: tętno przyspieszone, bardzo napięte, tętnice (przedewszystkiem tętnica skroniowa) stwardniałe i wężykowato skręcone. Mocz okazuje wyraźny ślad białka. Uczucie mięśniowe w kończynie górnéj i dolnéj lewéj zniesione, znaczna niezborność w ruchach. Cała połowa lewa ciała znieczulona w wszystkich rodzajach czucia, czynności zmysłowe prawidłowe. Późniéj wystąpiła opuchlina na kończynach chorych, gałki oczne wystąpiły na zewnątrz (*exophthalmus*) i dał się wykazać objaw Graefego.

Sekcyja wykazała: *Myocarditis parenchymatosa, nephritis interstitialis, sclerosis arteriarum*, daléj między średnią a tylną trzecią częścią prawego wzgórka wzrokowego (*thal. opt.*) bliznę brunatnawo-żółtą, która rozpościerała się do tylnéj części *capsula interna*. Zresztą mózg, rdzeń pacierzowy i nerwy były nienaruszone. (*Char. Annal.*, XIV., S. 396).

Dr. Süsskind.

Chirurgija.

Prof. Paweł Kraske (Fryburg): **O nauczaniu w klinice chirurgicznéj i leczeniu przeciwgnilnem ran.**

W wykładzie wstępnym pod powyższym tytułem określa K. przedewszystkiem swoje stanowisko wobec pytania, czy nauczyciel kliniczny może zajmować się, bez narażenia życia powierzonych mu chorych i operowanych, pracami, z powodu których styka się z ciałami gnilnemi. Wielu położników i ginekologów zajmuje w téj kwestyi skrajne stanowisko i posuwa tak zw. abstynencyję tak daleko, że tylko wtedy pozwalają swoim uczniom badać ciężarne i rodzące, jeżeli ci słowem honoru zapewniają, że od wielu dni, a nawet tygodni, nie mieli do czynienia z istotami zakaźnemi. Także niektórzy chirurgowie nie wykonywają z obawy narażenia życia swych chorych potrzebnych zabiegów w godzinie klinicznéj, lecz dopuszczają do nich tylko kilku wybranych uczniów. K. sądzi, że w klinikach położniczych takie nadzwyczajne środki ostrożności mogłyby jeszcze być usprawiedliwionemi szczególnym rodzajem materyjału naukowego, występuje atoli stanowczo przeciw ogólnemu przeprowadzeniu takiego prawidła abstynencyi, które bez zupełnéj przemiany obecnych stosunków naukowych jest nieprzeprowadzalnem, a które dla lekarza praktycznego jest wprost niemożebnem. K. odwołuje się do swych własnych doświadczeń i spostrzeżeń. W półroczach letnich, w których miewa chirurgiczne kursa operacyjne, nigdy nie widział niekorzystnego wpływu swéj czynności w zakładzie anatomicznym na wyniki kliniki. Często wprost od zajęcia na trupie odwołany, zmuszony był wykonywać operacyje przepukliu lub amputacyje, a przebieg gojenia był zawsze niezamąconym. Z tego widać, że także bez abstynencyi można z najlepszym wynikiem przeciwgnilnie leczyć. Następnie omawia K. znaczenie zakażenia przez powietrze i przez zetknięcie. Podnosi on, że jeszcze nigdy nie znaleziono w powietrzu rzeczywiście chorobotwórczych drobnoustrojów, a w szczególności takich, którebyśmy uważać musieli za przyczynę chorób przyrannych. Jeżeli te ujemne wyniki jeszcze nie wykazują, że tych chorobotwórczych drobnoustrojów w powietrzu wogóle nie ma, to można przecież twierdzić, że zarodniki niebezpieczne dla ran tworzyć mogą tylko nadzwyczaj małą część znachodzących się w powietrzu grzybków, a prawdopodobieństwo, że właśnie te dostają się do ran, uważać musimy za nadzwyczaj małe. (Wykład przy otwarciu nowéj kliniki chirurgicznéj w Fryburgu).

Dr. Bf.

Okulistyka.

Neuschuler: **Pouczający przypadek bólu zębów wskutek niedowładu prostych mięśni ocznych.**

U pewnéj osoby objawił się ból zębów każdym razem przy odczytywaniu nut przy fortepianie, gdy tymczasem czytanie, pisanie wcale nie przyczyniały bólu. Po ścisłem badaniu choréj okazało się, iż przy patrzeniu na odległość $\frac{1}{2}$ metra niedowład korygować było można za pomocą pryzmatu 4°/₀. Autor tłomaczy tem, dla czego chora w bliższéj odległości niżli $\frac{1}{2}$ m. nie doznawała bólu zębów, iż przy czytaniu, pisaniu itp. gałka prawa zezowała na zewnątrz i pacyjentka używała tylko oka lewego, usuwając od widzenia rozbieżnie zezujące oko prawe, gdy tymczasem przy patrzeniu na nieco większą odległość, pracowały oba mięśnia proste, przyczem objawiał się jednocześnie ból zębów. Z pryzmatowemi okularami 4° pacyjentka mogła grać na fortepianie bez bólu zębów. (*Oester.-Ungar. Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, 1890, 13 sierpnia).

Dr. Talko.

Choroby kobiece.

Hedenmaker: **O urazowym krwiaku sromu.**

Autor opisuje kilka przypadków krwiaka urazowego sromu (*haematoma vulvae traumaticum*), z których dwa ciekawe są z tego powodu, że dotyczyły kobiet ciężarnych, u których mimo tak ciężkiego obrażenia dalszy przebieg ciąży był zupełnie prawidłowym.

Przypadek I. Tancerka cyrkowa 19 lat licząca, podczas przedstawienia upadła rozszerzonemi udami na stół marmurowy. Uraz był tak silnym, że straciła przytomność na jakiś czas, a badanie okazało obrzęk prawéj połowy sromu znacznego stopnia. Chora przeniesiona do szpitala podała, że jest pierwiastką w 4 tym miesiącu ciąży, co badanie rzeczywiście stwierdziło. Oczyszczono pochwę i obrzęk i zastosowano okłady lodowe na obrzęk. Ponieważ jednak skóra na obrzęku zaczęła przybierać cechy nekrozy, otworzono obrzęk i po wypuszczeniu skrzepów krwi wytamponowano gazą jodoformową. Po kilkunastu dniach rana się zagoiła. Ciąża przebiegała daléj prawidłowo, a poród był zupełnie lekkim.

Przypadek II. Ciężarna kobieta 35-letnia (wieloródka) upadła na poręcz stołka międzykroczem. Skutkiem tego nastąpiło silne obrzmienie lewéj wargi sromowéj dużéj i małéj i prócz tego głęboka rana, ciągnąca się od łechtaczki do *carunculae hymenales*. Rana ta była 4$\frac{1}{2}$ cm. długa, a 1 cm. głęboka. Leczenie polegało na spokojnem leżeniu w łóżku i stosowaniu okładów lodowych, potem na zwykłem antiseptycznem leczeniu rany. Nastąpiło zupełne wyleczenie, a ciąża przebiegała daléj zupełnie prawidłowo. (*Jahr. d ges. Med.*). 6, 1890).

Dr. Süsskind.

Choroby weneryczne i skórne.

Prof. Schwimmer (Buda-Peszt): **Thiol w praktyce dermatologicznéj.**

Thiol, przetwór do ichtyolu zupełnie podobny i z nim powinowaty, poraz pierwszy przed niespełna rokiem wprowadził Unna w praktykę dermatologiczną. Posiada on te same wysuszające czyli odciągające wodę własności co ichtyol, a nawet go przewyższa brakiem wszelkiego zapachu i większą zawartością siarki. Jacobsen wytworzył go, zastanawiając się nad fabrykacyją sztucznego ichtyolu, a teraz Riedel w Berlinie wyrabia go w większych ilościach. Z nowego tego leku, w pewnych chorobach skórnych jest prof. S. bardzo zadowolony a próbował go w następujących chorobach: 1) w zapalnych sprawach na skórze jak w *eczema acutum, erysipelas, herpes zoster, dermatitis herpetiformis* i *combustio*.

W róży wypędzlowanie rozczynem wodnym miejsca chorobowego nietylko wstrzymywało dalszy postęp choroby, ale nawet sprowadzało natychmiastowy i znaczny spadek cieploty. W sparzeniach używał autor thiolu sproszkowanego (*Thiolum siccum*) lub 10 do 20% maści. 2) w skórnych chorobach przewlekłych jak w wyprysku przewlekłym, *pityriasis*, *psoriasis*, *lichen ruber* i t d. W téj grupie chorób thiol nie okazał się skutecznym. Tylko w *acne rosacea* i *vulgaris* 30% rozczyn dorównywał w skuteczności przetworom siarczanym. Thiolu więc należy używać tylko w takich razach, jeżeli chcemy ściągająco i wysuszająco zadziałać. Autor używał następujących formułek receptowych: *Rp. Thioli liquidi* 30·0—50·0 *Aq. dest.* 100.00. S. Zewnętrznie. *Rp. Thioli liquidi. Glycerini* āā 50·00 *Aq. dest.* 100.00 S. Zewnętrznie. *Rp. Thioli liquidi* 10.00 *Ung. spl.* 50.00. S. Maść. *Rp. Thioli sicci pulv.* 30.00 S. Posypka. (*Wr. med. Woch.* 1890. Nr. 30).

Dr. Mendelsburg.

Prof. G. Guldberg (Christijanija): *Oleum physeteris.*

W czasie swych podróży po północnéj Szwecyi zauważył G. zbawienny wpływ tranu wielorybiego na skórę ludzką, bo u robotników zajętych ćwiartowaniem często na pół zgniłych ciał wielorybich nie zauważył nigdy mimo znacznych często ran na ich rękach zapaleń miejscowych. Zajął się tedy badaniem tranu wielorybiego i doszedł do przekonania, że *oleum physeteris s. chaenoceti* otrzymane z tłuszczu *Hypervodon-diodon* należącego do rodziny *Physeteridae* ma wiele własności, z powodu których winno mieć zastosowanie w leczeniu i zająć miejsce innych tłuszczów zwierzęcych. Ma on niższy ciężar gatunkowy niż inne oleje zwierzęce, jest płynny, a co najważniejsza, łatwo przechodzi przez skórę, dla tego nadaje się bardzo jako podstawa do leków, które wcierane w skórę, mają za zadanie dostać się do ustroju.

Najwięcéj polecenia godnemi są według G. następujące połączenia: 1. Z chloroformem āā zamiast *Oleum olivar.*, gdyż drążąc szybko przez skórę, sprowadza szybkie działanie na zakończenia nerwowe. 2. *Acid. carbol.* 2—5 na 90—95 części *ol chaenoceti*, również z kw. salicylowym. 3. *Ol. chaenoceti* 80, *cerae albae* 20·0 jako podstawę do różnych maści. 4. *Hydrargyri* 20·0, *Ol. chaenoceti* 80·0 zamiast łoju lub tłuszczu. Doświadczenia z *oleum chaenoceti* czyni obecnie w oddziale chorób skórnych Dr. Boeck w Chrystyjanii. W końcu nadmienia G., że *oleum chaenoceti* jest o 40% tańszy od *oleum olivarum* i z tego zatem względu zasługuje na czynienie z nim dalszych prób. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* X, Nr. 10).

Sherwell: **Środki na świerzb.**

S. radzi nacieranie zajętych miejsc kwiatem siarczanym i posypywanie nim pościeli i bielizny chorych. Taylor zaś radzi namydlić dobrze skórę w kąpieli ciepłéj o 30° R., do któréj dodano 500 gr. sody, a po osuszeniu natrzeć maścią z *balsamum peruvian.* i *lac sulfur.* *āā* i pozostawić przez noc. Chory nie powinien przytem nic pić. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* X, Nr. 10). *Dr. Kurasiewicz.*

Prof. Lang (Wiedeń): **O ograniczeniu używania rtęci w leczeniu kiły.**

Leczenie rtęcią w przypadkach kiły tylko wtedy podejmować należy, skoro już mamy przed sobą wybitne zmiany wtórorzędne. Lekarz, który użył rtęci w chwili powstania stwardnienia w celach zapobiegawczych, według najnowszych zasad nauki popełnia błąd nie do darowania. Wiemy bowiem, że następowe postacie kiły po takiem leczeniu wcale słabiéj nie występują. Tylko w przypadkach, w których pierwotne stwardnienie przybiera charakter rozpadowy i jeżeli poprzednie wypalenie chlorkiem cynku lub Paquelinem rozpadu nie wstrzyma, ogólne leczenie rtęcią może wpływ zbawienny wywrzeć na miejscowy objaw. Także, jeżeli pierwszemu stwardnieniu towarzyszy ogólne osłabienie, bóle głowy i bóle reumatyczne, łagodne zastosowanie rtęci może być usprawiedliwione. Dopiero więc, gdy objawy kiły wtórorzędnéj namacalnie prawie występują, winien lekarz przystąpić do leczenia rtęciowego i to najlepiéj przez podawanie leku wewnętrznie. Najlepszemi przetworami do wewnętrznego użycia jest kalomel, *Hydrg oxydulat. tannic.*, sublimat, *protojoduret. Hydrg.*, *Hydrg. salicyl.* Jeżeli musimy zadziałać szybko, to używamy wcierań i wstrzykiwań podskórnych. Autor ostrzega przed większemi niż 2-gramowemi dawkami na wcieranie. Jeżeli ilości przesadzimy, narażamy chorego na *enterocolitis diphtheritica mercurialis.* która często śmiercią się kończy. Wstrzykiwania podskórne, obecnie przeważnie z nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych składające się, stają się także często przyczyną ostrych zatruć. Występują one najczęściéj u osób słabych, charłaków. U takich ludzi rtęć w ogóle bardzo ostrożnie podawać należy, a nigdy w postaci wcierań lub wstrzykiwań. Dawkę, którą wstrzykujemy, dokładnie obliczyć powinniśmy. Przetworami najlepszemi są: kalomel, *Hydrg. oxydulat. nigr.*, *Hydrg. salicyl*, *H. thymolaceticum*, *H. diphenylicum*, *H. benzoicum.* W leczeniu rtęcią w ogóle lepiéj jest poskąpić, niż zanadto użyć, a to także dla tego, aby w razie wymagającym energicznego zadziałania rtęcią, nie mieć do czynienia z ustrojem już rtęcią przeładowanym. (*Wien. kl. Woch.* 1890, Nr. 31).

Dr. Mendelsburg.

Hochsinger (Wiedeń): **O losie dzieci dotkniętych kiłą dziedziczną.**

265 dzieci z kiłą dziedziczną, spostrzeganych w poliklinice Kassowitza w przeciągu ostatnich dwudziestu lat, między któremi 62 miało mniéj niż ćwierć roku, poddano najpierw energicznemu leczeniu przeciwkiłowemu i badano je następnie przez dłuższy czas, niektóre przez wiele lat. Przytem pokazało się, że nawroty względnie rzadko i to w łagodnéj postaci występują. Zbioru objawów Hutchinsona mimo znacznego materyjału nigdy nie spostrzegano. H. zaprzecza związku kiły z zołzami, z krzywicą istnieje takowy tylko o tyle, o ile kiła podobnie jak inne ciężkie choroby ogólne do powstania krzywicy usposabia. Rokowanie w kile dziedzicznéj przy wczesnem leczeniu wcale więc nie jest tak niepomyślnem, jak niektórzy sądzą, a nawet w najcięższych jéj postaciach, w bąblicy kiłowéj i *Osteochondritis luetica* nie należy tracić nadziei utrzymania życia. (*Münch. m. Woch.* 1889, Nr. 42).

N. T. Miller (Moskwa): **O najwcześniejszych objawach kiły dziedzicznéj.**

Opierając się na materyjale 1000 przypadków kiły dziedzicznéj, zajmuje się M. czasem i sposobem pierwszego występowania zmian kiłowych. Co do czasu, występowały pierwsze objawy w pierwszym miesiącu w 64%, w drugim w 22%, a najczęściéj w trzecim tygodniu życia. Najwcześniejszemi objawami są zapalenie błony śluz. nosa i pęcherzyca. Sapkę uważa M. w wielu przypadkach jako następstwo przeziębienia. Pęcherzyca kiłowa jest albo wrodzona, albo występuje w pierwszym, najpóźniéj w drugim tygodniu, podczas gdy *Pemphigus idiopathicus* lub *cachecticorum* nie występuje nigdy wcześniéj, niż w trzecim tygodniu. Zapalenie płuc kiłowe wrodzone jest bardzo rzadkie (1%—2%) i pod względem rozpoznawczym bez znaczenia, gdyż nie można go odróżnić od niedodmy wrodzonéj. Łuszczenie się skóry wcale nie cechuje kiły, tak samo t. zw. afty Bednara, ulegające częstgłębokiemu owrzodzeniu. Natomiast pęknięcia (ragady) nowargach są bardzo cechujące, szczególniéj na wardze górnéj, gdzie tworzą niekiedy rozległe zlewające się wrzody. Rozmiękczenie czaszki (*Craniomalacia*) nie ma nic wspólnego z kiłą, tak samo jest tu jeszcze bez znaczenia obrzmienie gruczołów chłonnych. Najczęstszemi są wysypki plamisto-guzkowe. (*Jahrb. f. Kinderh.* t. XXVII, zeszyt 14).

Gerheim (Würzburg): **O zakażeniu mięszanem w rzeżączce.**

Już z góry czyni G. wniosek z badań Bumma, według których rzeżączka przedstawia się jako zapalenie czysto miejscowe, rozwijające się tylko w przybłonku wałeczkowym, a nie drążące wcale w głąb, że głębsze sprawy chorobowe do rzeżączki się przyłączające, są następstwem innych bakteryj, którym gonokoki niejako furtkę otwierają. Z tego zapatrywania wychodząc mówi o gośćcu stawowym rzeżączkowym, który uważa za niespecyficzny, zastanawia się nad zapaleniem około- i przymacicznem, którego powstanie tłomaczy przez przelewanie się z trąbek wydzieliny, która sama przez się wywoływa zapalenie, w końcu mówi o zapal. gruczołu Bartholiniego i śródsierdzia. Wysnuwa w końcu z swéj pracy

następujące wnioski: 1. Rzeżączka jest zapaleniem czysto lokalnem, które się rozwija tylko na przybłonku wałeczkowym. 2. Wszystkie sprawy zapalne, które przyłączają się do rzeżączki, polegają na zakażeniu mięszanem, o ile tkanki zajęte w swojéj budowie histologicznej nie łączą się ściśle z przybłonkiem cylindrycznym. (*Verhandl. d. phys. med. Gesell. zu Würzburg*, tom XXI.) *Dr. Baschkopf.*

Dr. Broes van Dort: **Przyczynek do leczenia pierzchnic czerwonych** (*lichen ruber*).

Ponieważ leczenie zwykłe pierzchnic czerwonych za pomocą arsenu i jodku potasu wewnętrznie, a sublimatu, naftolu, chrysorabiny i kwasu pyrogalusowego zewnętrznie pozostaje nieraz bez skutku, a czasem znów nie może przez czas dłuższy być używanem z powodu złych następstw, jakie środki te na ustrój sprowadzają, przeto autor poleca w takich przypadkach, w których środki powyższe albo niedostatecznie działają albo gdy ich nie można przez czas dłuższy używać, postępowanie lecznicze, którego doświadczył na licznych chorych kliniki Lassara w Berlinie, a które mu świetne oddało przysługi. Postępowanie to jest następujące: Należy wszystkie guzki pierzchnic, a mianowicie każdy z osobna szybko przyżegać termokauterem Pacquelina, albo jeszcze lepiéj za pomocą igły galwanokaustycznéj, a w takim razie ustaje w téj saméj chwili swędzenie, które w miejscach przyżeganych zwykle więcéj nie wraca. Ból przytém, zwłaszcza gdy się to przyżeganie szybko odbywa, prawie nie występuje. Strupki skutkiem tego postępowania powstałe są tak nieznaczne, że albo same bez dalszego leczenia odpadają w krótkim czasie, albo co najwyżéj po posypaniu pudrem. (*Berl. kl. Woch.* 27. 1890). *Dr. Süsskind.*

Blanc: **Kilka uwag o leczeniu ostréj rzeżączki.**

B. żąda w leczeniu rzeżączki ostréj ogólnego spokoju ciała, unieruchomienia części rodnych (suspenzoryjum). Leżenia w łóżku nie uważa za potrzebne. Zabrania napojów wyskokowych; herbaty i kawy pozwala tylko z ograniczeniem używać; w przyjmowaniu znacznych ilości wody widzi raczéj szkodę, aniżeli pożytek. Jak najgoręcéj poleca całkowite kąpiele letnie. Przeciw naprężeniom członka poleca okłady zimne, zlewania; zakazuje chorym leżenia na wznak i zbyt miękkiego posłania. Z wewnętrznych środków przeciwgorączkowych daje pierwszeństwo antipyrynie. Jest on zwolennikiem leków żywicznych w okresie początkowym; podaje je wśród jedzenia. Leczenie poronne (azotan srebra 1·0—10·0 na 1000) zachowuje tylko dla doświadczonych chorych, posiadających już pewne znajomości o chorobie. W okresie przyostrym wskazane jest leczenie za pomocą środków ściągających. Leczenie rzeżączki kończy B. chętnie zapisaniem azotanu bismutowego 10·0—125·0. W ogóle rozpoczyna leczenie od wstrzykiwań o ile możności jak najwcześniéj. Pod względem technicznym wymaga jak największej skrupulatności. Wiele przypadków przewlekłych tak zwanych niewyleczalnych należy przypisać niedbalstwu w pouczaniu chorego, błędnemu wykonywaniu wstrzykiwań. Jeżeli na końcu choroby istnieje tylko wypływ, w takim razie badanie cewki przez obmacywanie wyzyskuje w celu rozpoznawczym i leczniczym, a wtedy uważa za wskazane troskliwe i ostrożne wprowadzanie do cewki świeczek i cewników (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX.) *Dr. Baschkopf.*

Schiff: **O leczeniu ran oparzelinowych za pomocą jodoformu.**

Autor poleca gorąco jako najprostszą i najpewniejszą metodę leczniczą przy ranach oparzelinowych opatrunek jodoformowy polecony przez Mosetiga. Ten bowiem nietylko uśmierza bóle, ale goi szybko rany oparzelinowe i najlepiéj przeszkadza tworzeniu się kurczących się blizn. Prócz tego ma jeszcze tę wielką zaletę, że raz należycie zrobiony bez szkody pozostać może na ranie 8 do 10 dni. Co się tyczy obawy zatrucia jodoformem, to jest ona płonną, gdyż można wobec większych powierzchni rannych zamiast proszku jodoformowego używać gazy napojonéj roztworem eterycznym jodoformu, z której tylko minimalne ślady jodoformu zostają wessane. (*Mon. f. pr. Derm.*, 2, 1890). *Dr. Süsskind.*

Toksykologija.

Samter: **Bromek potasu jako odtrutka przeciw jodoformowi.**

Jodoform jest w operacyjach w zakresie jamy ust, pochwy i odbytnicy środkiem opatrunkowym prawie niedającym się zastąpić; niestety występują niekiedy zatrucia, które dotychczas nadaremnie starano się zwalczać. S. widzi obecnie w bromku potasu skuteczny środek. Dał on choremu operowanemu z powodu raka odbytnicy, a późniéj niebezpiecznie zapadłemu na *icterus haematogenes* i ciężkie zatrucie jodem, bromek potasu 4 gr., co godzina po 1 gr., który usunął objawy zatrucia. W rurce odczynnikowéj utrzymuje roztwór bromku potasu jod daleko silniéj i trwaléj w roztworze, niż inne obojętne lub alkaliczne roztwory soli, które dotychczas polecano do wiązania jodu w przypadkach otrucia (sól kuchenna, dwuwęglan potasu, octan potasowy). Poleca się więc KBr jako odtrutka w zatruciu jodowem, a u chorych z nieprawidłową dyjatezą krwi, a przedewszystkiem z *icterus haematogenes* należy go przed operacyją zapobiegawczo podawać. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 15). *Dr. Baschkopf.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 18-go czerwca 1890.

Przewodniczący: Wiceprezes kol. Kohn, członków obecnych 19.

1) Odczytano zaproszenie „Towarzystwa imienia Kopernika w Krakowie“ do przystąpienia członków Tow. lek. do takowego i brania udziału w jego pracach.

2) Kol. Pieniążek wygłasza zapowiedziany wykład o ropotoku Störka, nazwanym przez samego autora chorobą polską, gdyż rzeczywiście przydarza się głównie w Polsce, Rosyi, a wyjątkowo tylko gdzieindziéj. Bagiński opisał to samo cierpienie pod tyt.: *Ozaena laryngo-trachealis* i słusznie — tylko, że w *ozaena sicca* w ścisłem tego słowa znaczeniu przychodzi do zaniku błony śluzowéj nosa, przewody nosowe stają się szerokie, wydzielina nagromadza się, tworząc strupy, wywołujące późniéj wstrętne cuchnienie z nosa, a w tchawicy i krtani toż cierpienie wywołuje przerost błony śluzowéj. Gardło zachowuje się pośrednio, błona śluzowa się tu nie zmienia, tylko jest całkowicie sucha. Najczęstszym stanem następowym w krtani jest przerost przedniéj części więzadeł głosowych, co wziernikiem badane wygląda jak rozpięta błona żabiéj pletwy. Drugą zmianą następową bywa przerost jednostajny całych strun głosowych, doprowadzający nawet do zwężenia (*stenosis*), rzadziéj już spotyka się w tchawicy, a czasem w oskrzelach z przerostem błony śluzowéj na przedniéj ścianie, tylna bywa zawsze wolną, a nawet uważaną była dotąd za nietykalną w tem cierpieniu, a w jednym przypadku opisano przerost całego wejścia krtani. U nas jako następstwa tego cierpienia występują formy, o jakich sam Störk nie wspomina, a to przerost pod więzadłami głosowemi, tak zw. *chorditis vocalis hypertrophica inferior*, co u nas bywa nawet najczęstszą formą następową ropotoku. Przerasta błona śluzowa tak na przedniéj jak i tylnéj ścianie krtani tak, że może zachodzić konieczność tracheotomii, zresztą przeprowadza się leczenie przez rozszerzanie rurkami, czopkami Schröttera, wycinaniem, skrobaniem, laryngofisurą itp. Rzadziéj już napotyka się przerost na tylnéj ścianie krtani, w części między ruchomemi narządami krtani; ruchomość więzadeł zostaje szybko upośledzoną, bo tkanka łączna powstająca przyciąga chrząstki nalewkowe, co utrudnia oddechanie, nadając kształt głośni jak przy wydawaniu głosu. Jestto mały przerost, a następstwa znaczne. Prelegent miał dwa takie przypadki. Dylatacyja, nacięcie nie wiele pomaga przy laryngofisurze i wyskrobaniu, w jednym przypadku był rezultat dobry. W ogóle ropotok Störka jest chorobą nieuleczną, ale przy odpowiedniem leczeniu można osiągnąć dobry skutek nawet na kilka lat.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Posiedzenie z dnia 2 lipca 1890 roku.

Przewodniczący: Wiceprezes kol. Kohn, członków obecnych 12.

1) Kol. Walentowicz przedstawił w zarysie biologiję różnych pasorzytów w jelitach konia i okazał bardzo ciekawy preparat, ilustrujący jak jeden pasorzyt żyjący niszczy drugiego, a mianowicie: *gastrophihis equi* (poczwarka *gastrus equi*) przeczepia się do *ascaris megalocephala* i wysysając z niego soki odżywcze zabija go.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Posiedzenie z dnia 8-go października 1890 roku.

Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 25.

1) Kol. Domański czyni następujący wniosek: Zważywszy 1) iż wydany w r. 1881 przez Tow. lek. krak. „Słownik terminologii lekarskiéj polskiéj“ wyczerpał się zupełnie w handlu księgarskim; 2) iż słownik ten przyczynił się znacznie do ustalenia polskiego słownictwa lekarskiego; 3) iż wydanie jego nie przyniosło Towarzystwu naszemu żadnéj straty materyjalnéj; 4) iż prosty jego przedruk nie odpowiadałby dzisiejszemu stanowi nauk lekarskich, ani nie mógłby uwzględnić poprawek, jakie się z biegiem lat od pierwszego wydania okazały potrzebnemi; 5) iż opracowanie nowego wydania potrwa w najlepszym razie kilka lat — wnosi podpisany: a) Towarzystwo lekarskie krakowskie przystąpi niezwłocznie do opracowania drugiego, poprawnego wydania polskiego słownika terminologii lekarskiéj; b) czynności do tego zmierzające powierza Towarzystwo swéj stałéj komisyi terminologicznéj z koll. Oettingera, Rydla i wnioskodawcy się składającéj, z prawem przybrania do swego grona tyle i takich osób, ile i jakie uzna za potrzebne; c) na wydatki wstępne jak korespondencyję, nabycie potrzebnych dzieł, przyrządzenie rękopisu itd., wyznacza Towarzystwo lekarskie krakowskie ze swych funduszów kredyt do wysokości (300) trzystu złr. z zastrzeżeniem zwrotu pożyczonéj kwoty z 5% z dochodu z rozsprzedaży słownika; d) Towarzystwo lek. krak. zastrzega sobie zatwierdzenie postanowień komisyi terminologicznéj w przedmiocie wydrukowania rękopisu drugiego poprawnego opracowania słownika.

Wniosek powyższy jednozgodnie przyjęto.

2) Kol. Obaliński demonstruje swą modyfikacyję szwu Zweiffla, zakładanego na grubsze szypuły. Uważa on igłę Zweiffla za zbyteczną, ten sam bowiem skutek, a daleko łatwiéj uzyskać można, używając zwykłéj igły, nawlókłszy ją dwiema długiemi nitkami jedwabnemi, jedną kolorową a drugą białą. Przekłuwając kilkakrotnie szypułę w poprzek w jednéj wysokości i nie dociągając, lecz zostawiając pętle z nitek, przecina się następnie z jednéj strony pętle kolorowe, z drugiéj białe, a wiążąc odpowiednie końce otrzymuje się silny, jednolity ściśle zamykający szew.

3) Tenże przedstawia swój sposób szycia w razach, gdzie nie można dokonać wkłucia od wewnątrz jak przy uranoplastyce i szwach kostnych n. p. przy złamaniu szczęki dolnéj. Wprowadza on przez jeden brzeg rany lub przez otwór w nim zrobiony (n. p. w kości wywiercony świderkiem) na cienkiéj, ostréj igle na trzonku pętlę nitki lub wprost pętlę z drutu, a przez brzeg drugi nitkę lub drut pojedynczy, a końce tak pętli jak i szwu pojedynczego wyciąga ku jamie ust, a założywszy koniec pojedynczy w pętle i zagiąwszy go na pętli podwójnéj przez drugi brzeg przeciąga.

W dyskusyi kol. Rydygier przyznaje wartość przy sprawach kostnych, ale przy uranoplastyce bałby się, żeby ranka przy przeciąganiu pętli nie powstawała za duża. Kol. Obaliński odpowiada, że od dłuższego czasu tym sposobem szyje, a szkodliwych skutków nie widział.

4) Następnie opisał kol. Obaliński trzy przypadki, operowane w ostatnich czasach, a to: jeden wydobycia macicy podotrzewnowego, drugi *amputatio supracervicalis*, a trzeci ciąży pozamacicznéj w czwartym miesiącu, z któréj płód z łożyskiem przedstawiano.

W bardzo ożywionéj dyskusyi zabierają głos kilkakrotnie prelegent i koll. Rydygier, Mars, Kohn, Braun, Podgórski i Czapliński.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

VI. O pobycie chorych we Włoszech Południowych.

Opowiedział
Prof. Jaworski.

Tysiące chorych opuszcza obecnie domowe progi z obawy przed zimą, aby podążyć do Włoch, w téj błogiéj nadziei, że tam znajdzie Eldorado dla swego stanu chorobowego. Jedni podróżują tylko nad Riwierę, inni zapuszczają się daléj, do Neapolu lub Sycylii, w tem przypuszczeniu, że im głębiéj na południe, tem klimat będzie cieplejszy, a dla przebiegu choroby korzystniejszy. Nie jest moim zamiarem rozbierać krytycznie, czy pobyt we Włoszech nadaje się dla osób z chorobami dróg oddechowych, bo o takich tu myślę, lecz chciałbym zwrócić uwagę szan. Kolegów na tę okoliczność, jakie warunki pobytu oczekują chorego, wysłanego do Włoch i to w szczególności do Włoch południowych (Neapolu i Sycylii). Te bowiem okolice poznałem podczas zeszłorocznego pobytu zimowego częścią osobiście, częścią przez zetknięcie się z lekarzami podróżującymi w tamtych stronach.

Najłagodniejszy zimowy klimat na wybrzeżach południowych Włoch i Sycylii bywa w miesiącach grudniu i styczniu. W tych miesiącach bywają dnie pogodne, które przypominają najpiękniejsze dnie naszego maja lub września, a noce tak łagodne i jasne, jak nasze czerwcowe. W tym czasie mogą chorzy od 8-méj z rana do 6-téj wieczorem używać świeżego powietrza, lecz pogoda nie trwa ciągle i zmienia się często z niepogodą, trwającą do dni siedmiu. Przez czas niepogodny wieje najczęściéj gwałtowny wiatr południowy (*scirocco*), który przynosi ulewny deszcz, gwałtowne burze z grzmotami i piorunami. W tych dniach przechadzka na wolnem powietrzu jest utrudnioną. Jeszcze dokuczliwszem staje się chłodny, suchy wiatr północny (*tramontana*), przed którym ludność neapolitańska ma bardzo wielką obawę i jak może najcieplej się ubiera, gdyż ten wiatr sprowadza najczęściéj ostre nieżyty dróg oddechowych. Po dwóch stosunkowo pięknych miesiącach następuje zima włoska, a to w czasie, w którym my, podług naszych klimatycznych stosunków sądząc, najmniéj się spodziewamy, to jest w drugiéj połowie lutego i w pierwszéj marca. Nie jestto zima w naszem tego słowa znaczeniu, lecz bardzo dokuczliwa, tak dla chorego, jak i zdrowego, podczas któréj przez cztery tygodnie mamy naprzemian to mroźny wiatr północny, to dłużéj trwającą zimną słotę, przeplataną śnieżnemi zawieruchami. Wprawdzie śnieg nie pozostaje na ziemi na równinach, za to tem dłużéj pokrywa on okoliczne góry i przyczynia się do oziębienia powietrza. Jeszcze w kwietniu, kiedy opuszczałem Neapol, szczyt Wezuwiusza i gór ponad Sorrento były śniegiem pokryte. W lutym zdarzyło się kilka mroźnych nocy tak, że nawet na wyspie Capri woda w rowach zamarzła, jarzyny w ogrodach zostały powarzone, a na szybach można było spostrzedz igiełki szronu. W Sycylii są prawie te same stosunki klimatyczne; w niektórych latach bywa ciepłota o jeden stopień wyższa, niż w Neapolu, w innych znów równa. Przy takich warunkach klimatycznych luty i marzec nawet w południowych Włoszech nie przedstawiają korzystnych szans dla pobytu chorych.

Roślinność zimowa południowych Włoch przedstawia obraz, jaki my widzimy u nas w październiku. Trawa i rozmaite burzany zielenieją, ale mniéj żywo i bujnie niż u nas, gdyż grunt na wybrzeżach wszędzie skalisty i suchy, a większa część skał stoi nago niepokryta roślinnością. Drzewa owocowe stoją bez liści, a zieloność krajobrazu pochodzi przeważnie od drzew oliwnych, pomarańczowych, cytrynowych, krzewów mirtu i rozmarynu, lecz nie przedstawia tak żywéj i ponętnéj barwy dla oka jak nasze sady i lasy w maju i czerwcu.

Miejsc i dróg służących dla przechadzek w miejscowościach nadbrzeżnych z wyjątkiem wielkich miast (Neapolu, Palerma) niema wcale. Za przechadzki równe muszą służyć dla chorego drogi kołowe i rynek. Drogi te są pełne pyłu, o skrapianiu ich niema mowy, a z domów przydrożnych nieschludnie utrzymanych razi przechodnia woń niemiła. Przechadzka po tych drogach staje się szczególnie

w godzinach południowych, kiedy słońce mocno grzeje, bardzo uciążliwą. Inne przechadzki odbywać można chyba tylko po drogach polnych, bardzo wąskich i kamienistych, prowadzących ciągle pod górę zwykle na stromy szczyt skały. Ścieżki te różnią się jednak tem od naszych, że prowadzą ciągle między dwoma wysokiemi murami, widok zupełnie zakrywającemi. Że na opisanych drogach niema ławek, aby módz spocząć, ani też miejsca, aby się przed deszczem lub słońcem schronić, samo przez się się rozumie. Chcąc usiąść trzeba ze sobą stołek nosić, albo zadowolić się kamieniem przydrożnym, jeżeli takowy tylko dostatecznie gładki i czysty się znajdzie. Przy powyższych warunkach o używaniu świeżego powietrza i racyjonalnego ruchu według wymogów lekarskich mówić trudno.

Co się zaś tyczy używania powietrza morskiego, to też nie jest tak łatwem dla chorego jakby się na pierwszy rzut oka wydawało. Przechadzek urządzonych tuż ponad brzegiem morza niema. Do morza przytykają albo nieprzystępne wysokie skały, albo żwir i piasek gręski, chodzenie wielce utrudniający. Najdogodniejszy przystęp do morza jest w tych miejscowościach, gdzie są porty. Lecz tu znów kurz od dojeżdżających wozów ciężarowych, wyziewy ze zgniłych ryb i odpadków rozmaitych towarów, zgiełk robotników i natrętnych żebraków czynią pobyt nieznośnym. Chcąc powietrza morskiego używać, nie pozostaje nic innego, jak tylko wynająć łódkę rybacką i w niéj podczas dni pogodnych przebywać, zaopatrzywszy się w pożywienie.

Dla pomieszczenia chorych służą zwykle hotele. Wygodniejsze hotele znajdują się tylko we wielkich miastach i są w rękach obcych, Niemców albo Francuzów. W mniejszych miastach i na wyspach są tylko hotele włoskie. Są one obliczone przeważnie na przejezdnych, nie na chorych. To też zbudowane są one zwykle bezpośrednio przy drogach głównych, w miejscach, gdzie największy ruch kołowy, a kurz i gwar uliczny nie ustają. Tak dla widoku, jakoteż zbierania deszczówki wszystkie hotele mają terasy i dachy płaskie, na których jednak tylko w pogodnych dniach przebywać można, gdyż nie są ani od wiatru, ani od deszczu osłonięte. Urządzenie hotelów nie wytrzymuje porównania z takowemi w Niemczech lub Szwajcaryi. Okna i drzwi pojedyncze, nigdy nie domykają tak, że podczas wiatru lub ulewy kapie woda i gwizda wiatr w pokoju. Najgorszą dla chorego jest rzeczą, że w pokojach niema pieców, gdzieniegdzie tylko kominki w ścianach wydrążone, które więcéj mogą przynieść szkody dla chorego, niż ogrzać pokój. Brak pieców we Włoszech tłómaczy się więcéj brakiem materyjału opałowego, niż ciepłym klimatem. Dla chorego bezwarunkowo potrzebny jest we Włoszech piec kaflowy w pokoju dla utrzymania jednostajnéj ciepłoty. Otwierając w dzień słoneczny okna i drzwi można mieć w pokoju + 12 do 14° R., która to ciepłota obniża się do rana zwykle do 11 lub 10° R. W dnie zaś deszczowe lub podczas wiatru północnego (*tramontana*) wynosiła ciepłota pokojowa zaledwie + 7 do 8° R., a podczas zimy marcowéj jeszcze mniéj tak, że trzeba było się dobrze w zimowe suknie ubrać, aby nie uczuwać zimna. Nie pamiętam też, abym podczas któréj z naszych zim miał się tyle na zimno uskarżać, jak podczas pobytu zimowego w południowych Włoszech. Opisane stosunki temperatury dotyczą pokojów na południe zwróconych; w pokojach północnych ciepłota jest jeszcze niższa i do umieszczenia chorych takowe wcale się nie nadają. Należy jeszcze nadmienić, że w takiéj chłodnéj temperaturze nieprzyjemne wrażenie dotykowe sprawia dotknięcie prawie wszystkich sprzętów pokojowych, gdyż one są z porcelany lub metalu. Trudno także przychodzi oswoić się w hotelach włoskich z nieporządkiem domowym. Ścieranie kurzu ze sprzętów nie należy tam do codziennych wymogów, a śmiecie z kątów bywa dopiero z odjazdem gościa wymiatane, zatem idzie zaniedbanie czystości i w innych kierunkach, co nietylko mocno razi, ale naraża chorych na ciągłe wdychanie zapylonego powietrza, a niejednego ze zdrowych na zakażenie gruźlicą W tych hotelach nie bierze się względu, aby choremu spokój szczególniéj nocny zabezpieczyć. Wszelki bowiem hałas wskutek złéj budowy pokojów, jakoteż i kamiennych posadzek, udziela się całemu hotelowi. Niemniéj i akuratność obsługi wiele do życzenia pozostawia.

Najważniejszą kwestyję przedstawia żywienie chorych. Ilość pożywienia w hotelach włoskich jest najczęściéj nietylko dostateczną ale i obfitą. Co się zaś dotyczy jakości, to pod tym względem pozostaje bardzo wiele do życzenia. Wszędzie przeważają pokarmy roślinne nad mięsnemi; a z pokarmów roślinnych bywają podawane obficie szczególniéj jarzyny, których we Włoszech zawsze jest poddostatkiem. Z mącznych potraw musi przyjść codziennie na stół ulubiony *maccaroni* lub *risotto*. Mięsne potrawy składają się przeważnie z ryb morskich; z mięsem wołowem obchodzą się w hotelach włoskich bardzo oszczędnie. Przygotowanie przeważnéj części potraw jest odmienne od naszego i trudno przychodzi do téj kuchni się przyzwyczaić. Że w hotelach włoskich potrawy bywają przyrządzane na oliwie, jest u nas rozpowszechnioném lecz błędném mniemaniem, bywa używane zwykle masło, które z okolic alpejskich z Lombardyi sprowadzają. Wszędzie jada się trzy razy dziennie, lecz główny obiad (*pranzo*) przypada na godzinę szóstą lub siódmą wieczorem, co dla chorych jest bardzo niestosowném, gdyż jak wiadomo o tym czasie przypada gorączka, brak łaknienia i znużenie ogólne. O godzinie dwunastéj bywa podawane śniadanie (*colazione*), składające się z mięsa i leguminy lub jarzyny. (Dok. nast.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Z sekcyi higijenicznéj Zjazdu w Berlinie. O dyfteryi i środkach ostrożności, które okazują się najodpowiedniéjszemi do stłumiania téj choroby.

Temat powyższy był opracowanym przez 2 referentów t. j. Dra Roux'a z Paryża i Loefflera z Gryfii i został poddanym dyskusyi na drugiem posiedzeniu sekcyi higienicznéj we środę dnia 6 Sierpnia b. r. Obradom przewodniczył tajny radca lekarski Pistor.

Pierwszy referent, w którego imieniu przemawia asystent z instytutu Pasteura, Dr. Mardochée-Haffkine, proponuje następujące środki zapobiegawcze:

1. Pierwszym warunkiem do zwalczenia dyfteryi jest należyte rozpoznanie téj choroby. Do tego służy przedewszystkiem metoda bakteryjologiczna.

2. Ponieważ jad dyfteryczny nawet po wyleczeniu chorego może jeszcze długo utrzymywać się w jego jamie ustnéj i zachować własności zakaźne, przeto ozdrowieńcy po przebyciu dyfteryi muszą dopóty pozostać zdala od bliższego stykania się ze zdrowymi, dopóki u nich utrzymują się zarodki zakaźne.

3. Ponieważ jad dyfterytyczny w stanie suchym długo rozwijać może własności zakaźne, przeto muszą wszystkie przez chorych używane rzeczy podlegać desinfekcyi zapomocą pary wodnéj lub przez gotowanie. Bielizna, kołdry, pościel, kocyki itd. należy desinfekcyjonować przed oddaniem rzeczy tych do prania.

Pokoje zapowietrzone i powozy, służące do przewożenia chorych, należy poddać gruntownéj desinfekcyi.

Należy ograniczyć odwiedziny chorych dyfterycznych w razie umieszczenia ich w szpitalach, gdyż choroba może być łatwo zawleczoną przez osoby odwiedzające. Osoby te powinny na wstępie do szpitali przywdziewać osobne płaszcze na ten cel przeznaczone, i oddawać je napowrót służbie szpitalnéj przy opuszczaniu szpitala. Twarz i ręce należy obmyć płynem desinfekcyjnym.

Dzieci szkolne muszą od czasu do czasu być badane przez lekarza, czy gardło ich jest zupełnie czyste i zdrowe, a zwłaszcza wówczas, jeżeli w gronie dziatwy szkolnéj zdarzył się przypadek dyfteryi.

4. W razie panowania epidemij szkarlatyny i odry, powinni chorzy często płukać usta i połyk środkami antiseptycznemi.

Prof. Loeffler ujmuje swe zapatrywania naukowe o dfteryi i środkach ostrożności wskazanych w razie panowania téj choroby w następujące artykuły:

1. Przyczyną dyfteryi jest lasecznik dyfterytyczny. Lasecznik ten znachodzi się w wydzielinach schorzałéj błony śluzowéj.

2. Bakteryja ta zostaje wyrzuconą na zewnątrz z wydzieliną i może przylgnąć do przedmiotów otaczających chorego.

3. Chorzy dotknięci dyfteryją produkują laseczniki zdolne do dalszego zakażania dopóty, dopóki najmniejsze ślady pokładów błonicowych okazują, a nawet jeszcze dni kilka po zniknięciu tychże wypocin.

4. Chorych dyfterytycznych należy jak najściśléj odosobnić i to na tak długo, dopóki znachodzą się laseczniki w ich wydzielinach. Dzieci dotknięte dyfteryją powinny najmniéj przez 4 tygodnie nie uczęszczać do szkoły.

5. Laseczniki dyfterytyczne zatrzymują w stanie suchym w kawałkach błon żywotność przez 4—5 miesięcy. Należy przeto wszystkie przedmioty, które mogły się zetknąć z wydzielinami chorych tego rodzaju, a szczególniéj bieliznę, pościel, szklanki, łyżki, noże i widelce, suknie osób pielęgnujących chorych itd., poddać desinfekcyi za pomocą pary wodnéj o ciepłocie 100°C lub przez gotowanie. Tak samo należy pokoje, w których spoczywali chorzy dyfteryją dotknięci, nader gruntownie zdesinfekcyjonować. Podłogi należy kilkakrotnie wymyć ciepłym roczczynem sublimatu 1:1000, a ściany wytrzeć chlebem.

6. Badania nad żywotnością laseczników dyfterytycznych w stanie wilgotnym nie są jeszcze ukończone. Prawdopodobną jest rzeczą, że bakteryje te w stanie wilgotnym dłużéj jeszcze zachowują żywotność, niż w stanie suchym. Mieszkania wilgotne i ciemne szczególniéj, jak się zdaje, sprzyjają rozwojowi i utrzymywaniu się żywotności jadu dyfterytycznego. Mieszkania takie należy szczególniéj poddać assanacyi, należy je osuszyć i postarać się o przystęp powietrza i światła do nich. Przy zmianie pomieszkań powinni nowi lokatorowie baczną na to zwracać uwagę, aby mieszkania świeżo przez nich wynajęte, były gruntownie zdesinfekcyjonowane, zwłaszcza, jeżeli tamże poprzednio przebył kto dyfteryję.

7. Laseczniki dyfterytyczne rozwijają się poza ustrojem ludzkim jeszcze przy ciepłocie 20° C. Rozwijają się znakomicie w mleku. Należy zatem szczególniéj baczną zwracać uwagę na handel mlekiem, a stanowczo zabronić sprzedaży mleka w obejściach, w których sprawdzono przypadki dyfteryi.

8. Choroby podobne do dyfteryi, napotykane u wielu gatunków zwierząt, jakoto: u gołębi, kur, cieląt, świń i t. d. nie zawdzięczają swego powstania lasecznikowi wywołującemu dyfteryję u ludzi. Choroby zwierzęce zatem, choć podobne do dyfteryi ludzkiéj, nie są źródłem powstawania dyfteryi ludzkiéj i pod tym względem nie należy się ich obawiać.

9. Zapatrywania Kleina, jakoby dyfteryja spostrzegana u kotów była pod względem etyjologicznym identyczną z dyfteryją ludzką, nie wytrzymują jeszcze krytyki naukowéj pod każdym względem, i potrzebują jeszcze dalszego potwierdzenia.

10. Rany lub ubytki na błonach śluzowych jamy ustnéj i połyku sprzyjają osiadaniu laseczników dyfterytycznych i ich rozwojowi. Osoby tkliwe na jad dyfterytyczny mogą uledz téj chorobie i bez takich uszkodzeń błony śluzowéj.

11. W czasach pojawienia się przypadków dyfteryi należy szczególniéj zwracać uwagę na czyste utrzymanie jamy ustnéj, nosowéj i gardła u dzieci. Dobrze jest wówczas zarządzać u dzieci w celach zapobiegawczych płukania gardła wodą aromatyczną lub słabym roczczynem sublimatu (1:10 000).

12. Dotąd jeszcze nie stwierdzono na pewno, aby czynniki meteorologiczne szczególniéj sprzyjały rozszerzeniu się dyfteryi.

W dyskusyi nad tą ważną kwestyją zabierali głos: Wachsmuth z Berlina, Fränkel z Królewca, Petri z Berlina, Drysdale z Londynu, Litthauer ze Szrema, Kowalski z Wiednia, Jacusiel z Berlina, Altschul z Pragi i Erismann z Moskwy.

Wachsmuth uważa wywóz śmieci w suchych skrzyniach za niebezpieczny, skrzynie te należy desinfekcyjonować karbolem lub wrzącą wodą.

Petri sprzeciwia się temu zapatrywaniu na podstawie własnych badań i twierdzi, że suchy pył i gruz jest istotą zawierającą istoty nieorganiczne nakształt popiołu i ubogą w bakteryje.

Fränkel jest tego zdania, iż do zakażenia lasecznikami dyfterytycznemi potrzeba przecież pewnego usposobienia, a przynajmniéj obrażenia błony śluzowéj połyku, gdyż wykryto laseczniki te w ślinie nawet zupełnie zdrowych ludzi, i uważa odosobnienie 4 tygodniowe za przesadne. Na to odpowiada Loeffler, że przypadki tego rodzaju są nader rzadkiemi i nie dowodzą niczego w obec faktu, że wraz z ustępowaniem dyfteryi znikają również i laseczniki z jamy ustnéj i połykowéj u chorych. Odosobnienie ozdrowieńców jest przeto rzeczą koniecznie wskazaną.

Drysdale z Londynu, żąda nawet odosobnienia przez 6 tygodni i utrzymuje, że w Londynie znacznie się zmniejszyła liczba przypadków dyfteryi od czasu, odkąd systematycznie usuwano wszelkie odpadki.

Dr. Litthauer twierdzi, że pomiędzy biedną ludnością poprawienie stosunków higijenicznych mieszkań jest rzeczą prawie niepodobną. Dodaje, aby dzieciom w szkołach nakazywano wyrzucać plwocinę tylko do spluwaczek.

Dr. Kowalski uwydatnia wielką wartość terapii przeciwgnilnéj w dyfteryi. Przez zapędzlowanie połyku 4% kwasem karbolowym udało mu się w jednym przypadku zniszczyć zupełnie laseczniki dyfterytyczne tak, że ich nie zdołał potem już wykryć, chociaż przez dni 8 jeszcze utrzymywały się pokłady dyfterytyczne. Do desinfekcyi w mieszkaniach prywatnych nadają się lepiéj środki chemiczne, aniżeli gorąca para wodna.

Jacusiel z Berlina zwraca się przeciwko nowoczesnym prądom bakteryjologicznym i leczeniu za pomocą środków antiseptycznych, które albo zabijają, jak sublimat, albo też pozostają bez pożądanego skutku. Leczenie radzi pozostawić ocenie lekarza w każdorazowym przypadku.

Dr. Altschul zauważył, że w Pradze pojawia się dyfteryja szczególniéj w dzielnicy zamieszkałéj przez ludzi bogatych i że mieszkania ciemne i wilgotne nie stanowią tak ulubionéj siedziby dla téjże choroby, jak niektórzy mówcy utrzymują. Prawdą jest, że dyfteryja lubi się zagnieżdżać w nowych domach, co Heubner zauważył również w Lipsku. 4 tygodniową kwarantanę uważa za zanadto długą.

Dr. Erismann twierdzi, że w Rosyi częściéj spotyka się dyfteryję po wsiach niż w wielkich miastach.

W końcu Loeffler wyraża swe zadowolenie, iż wielu członków podziela jego zapatrywania, szczególniéj co do specyficznego lasecznika dyfterytycznego i jeszcze raz uzasadnia skuteczność leczenia dyfteryi za pomocą środków przeciwgnilnych. Mieszkań nie radzi odwaniać środkami chemicznemi, częstokroć bardzo trującemi. W Szwecyi stwierdzono niewątpliwie wpływ skupiania się ludzi po wielkich miastach na większe potęgowanie się dyfteryi. *Dr. Obtułowicz.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 października. We Węgrzech jeszcze w bieżącym roku szkolnym przeprowadzony zostanie nowy porządek rygorozów lekarskich, według którego egzamina z mineralogii, botaniki i zoologii odpadną zupełnie; po ukończeniu 2-go półrocza składać będą kandydaci egzamin ustny z chemii i fizyki (taksa 15 złr.), po ukończeniu 4-go teoretyczny i praktyczny z anatomii i fizyjologii (taksa 30 złr.), z końcem 6-go ustny i praktyczny z anatomii patol., patologii ogólnéj i terapii (opłata 45 złr.); po ukończeniu zaś pięciolecia dwa egzamina, a mianowicie jeden kliniczny z medycyny wewnętrznéj, chirurgii i operacyj, z okulistyki i operacyj położniczych (opłata 60 złr.), wreszcie egzamin ustny z medycyny wewnętrznéj, ustny i praktyczny z medycyny sądowéj i higijeny (opłata 40 złr.). Cen-

zury będą trzy: celująca, dobra, dostateczna. Kolokwie, złożone z postępem celującym, uważane będą przy pierwszych rygorozach jako egzamina. Kto z końcem roku nie złoży egzaminu z postępem dostatecznym, nie będzie przyjęty na rok wyższy. A więc znów Węgry wyprzedzają Austryję w reformie!

* Dzieło prof. Walerego Jaworskiego p. t.: „Zarys patologii i terapii chorób żołądka", zostało przetłumaczone przez prof. Tryczla w Kijowie na język rosyjski.

* W tygodniu 41 (12—18 paźdz.) było w Krakowie małżeństw 14, porodów 45, skonów 44 (29·95), najwięcéj z gruźlicy (5), z zap. płuc 4, z odry 3, z dyfteryi 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Jena.** W zastępstwie chorego prof. Rossbacha objął kierownictwo kliniki lek. prof. Stintzing. — **Monachijum.** Dziekanem Wydz lek. wybrany prof. Bollinger. — **Halla.** Na dyrektora kliniki lek. powołany został nadzw. prof. Mering ze Strasburga. — **Würzburg.** Dziekanem Wydz. lek. wybrany prof. Hofmeier. — **Wiedeń.** Prof. Kratschmer, lekarz sztabowy, zamianowany został zwyczajnym członkiem Najwyższéj Rady zdrowia.

* **Mianowania.** Protomedykiem bukowińskim w Czerniowcach mianowany został dotychczasowy lekarz powiatowy w Suczawie, Dr. Bazyli Kluczenko, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego i b. asystent kliniki chirurgicznéj prof. Bryka.— Mianowani zostali: lekarzem pułkowym 1-éj kl. Dr Stanisław Balko; lekarzem pułkowym 2-éj kl. Dr. Władysław Niemiłowicz.

* **Nekrologija.** W Bielsku umarł tameczny lekarz kolejowy Dr. Henryk Senft w 45 roku życia. Zmarły urodził się w Krakowie, tu kończył wszystkie szkoły i był sekundaryjuszem w szpitalu św. Łazarza w oddziale prof. Obalińskiego. Późniéj otrzymał posadę lekarza powiatowego, a w końcu przeniósł się na Szlązk.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 39: Jasińskiego: Pyoktanina w chirurgii; Biegańskiego: Przypadek rozsianego zap. nerwów wskutek zatrucia wyskokiem (dok.). — W *Medycynie* Nr. 39: Neugebauera, syna: Samobójstwo ciężarnéj przez skok z 3-go piętra, cięcie cesarskie, dziecko nieżywe ze złamaną czaszką. — W *Gazecie Lek.* Nr. 40: Puławskiego: Zupełne porażenie wszystkich kończyn, trwające 2 doby. — W *Medycynie* Nr. 40: Neugebaura (syna): Ciąg dalszy z Nru poprzedniego. — W *Nowinach Lek.* Nr. 10: Międzynarodowy Zjazd lek. w Berlinie. — W *Gazecie Lek.* Nr. 41: Zieńca: O wahaniach wagi ciała w przebiegu tyfusu brzusznego. — W *Wiadomościach Lek.* Nr. 6: Peszyńskiego: Przyczynek do leczenia pryszczycy ogólnej ostrej. — W *Gazecie Lek.* Nr. 42: Orłowskiego: Otrucie 9 osób nasionami lulka czarnego; Strzemińskiego: Obce ciało w tęczówce; Arnsteina: Niezwykły przyp. gośćca stawowego.

Redakcyja otrzymała:

Prof. CYBULSKI: Ergebnisse d. Versuche ü. d. Gehirndruck (odbitka z *Anzeiger d. Akad. d. Wiss. in Krakau.* Mai, 1890), in 8-vo str. 3. — Prof. BROWICZ: Demonstration v. Bewegungsphänomenen an rothen Blutkörperchen in schweren anäm. Zuständen (odbitka z *Verhandl. d. Congresses f. innere Medicin*), in 8-vo str. 4. — F. KRAJEWSKI: Przyczynek do dochodzenia dzieciobójstwa (odbitka z *Medycyny*, 1890) in 8-vo str. 11. — Dr. N. CHODOUNSKY: Slovo o balneo- a klimatotherapii (odbitka ze *Sbírka prednasek z oboru lek.*) V Praze, in 8-vo str. 27. — Prof. E. HOFMANN: Ueber einige Leichenerscheinungen (odbitka z *W. m. Presse* Nr. 37 i 38 ex 1890), in 8-vo str. 12 (z wykładu tego zdaliśmy już sprawę w *Przegl. Lek.*). — Drowie WINTERNITZ i KARLIŃSKI w Stolacu: Zur Casuistik d. Fremdkörper im Kehlkopfe (odbitka z *Prager med. Woch.* 1890 Nr. 37) in 8-vo str. 2. — Dr. J. KARLIŃSKI w Stolacu: Untersuch. ü. d. Vorkommen d. Typhusbacillen im Harn (odbitka z *Prager med. Woch.* 1890, Nr. 35 i 36), in 8-vo str. 11. — Prof. BROWICZ. Weitere Beobachtungen ü. Bewegungsphänomene an rothen Blutkörp. in path. Zuständen (odbitka z *Centralbl. f. d. Med. Wiss.* 1890, Nr. 34) in 8-vo str. 2. — Dr. B. WICHERKIEWICZ: 12-te Sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za r. 1889. Poznań 1890, w dużéj 8-ce str. 36. — A. PUŁAWSKI: Zupełne porażenie wszystkich kończyn trwające 2 doby (Odbitka z *Gazety Lek.* Nr. 40, 1890) in 8-vo str. 5. — Dr. KORITSCHONER: Klin. Versuche ü. d. Diuretin „Knoll." (Odbitka z Nr. 39 *W. klin. Wochenschrift.* 1890) in 8-vo str. 10. — Prof. HOFMOKL: Über 2 Fälle v. Verletzung. d. weibl. Geschlechtstheile d. stürm. Coitus verursacht (Odbitka z *Intern. klin. Rundschau* 1890) in 8-vo str. 8. — Prof. Jaroslav HLAVA: Práce z oboru pathol. anatomie a bakteriologie. V Praze 1890, in 8 vo str. LIV i 189, z 2 tabl. — Prof. KRAFFT-EBING: Psychiatrie u. Staatsexamen (Odbitka z *W. klin. Woch.* 1890) in 8-vo str. 9.

Sprostowanie. W Nrze 43 w artykule „Dwie operacyje wągra", w szpalcie 1-éj wiersz 11 od dołu, zamiast: „...na 45 oper. przypadków wykazać może 20" — powinno być: „wykazać może 30".

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 5-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Obaliński przedstawi chorego okazującego przypady choroby zwanéj *ischias scoliotica.* 2) kol. Hempel przedstawi rzadki przypadek pęknięcia tętnicy głównéj. 3) kol. Buzdygan będzie miał rzecz o *myxoedema.* 4) kol. Obaliński mówić będzie o pęknięciu nerki jako wskazaniu do wyjęcia téjże.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego** odbędzie się 4 b. m. w pracowni Doc. Marsa o godzinie 6-téj wieczorem.

Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokółu. 2) Doc. Mars okaże kilka preparatów drobnowidowych.

* Przed zamknięciem Nru dochodzi nas smutna wiadomość o zaszłéj dziś śmierci prof. zoologii w Uniw. Jagiell. Dra Nowickiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.